Nr. 37. 9. września 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Stanisław LIEBHART, st. asystent Kliniki. Lwów.

Leczenie niepłodności w świetle najnowszych badań.

Z Kliniki Położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. K. Bocheński.

Dokończenie.

V.

Infantylizm narządu rodnego jest albo wynikiem a raczej fragmentem ogólnego infantylizmu albo też jest faktem odosobnionym, ograniczającym się tylko do samego narządu rodnego. Niedorozwój jajników i trąbek jest znowuż jednym z całego szeregu objawów infantylizmu narządu rodnego, przez nas w poprzednich rozdziałach opisanych. Podkreślenia godnym jest fakt, że infantylne jajniki działają inkretologicznie słabiej niż prawidłowe, a tem samem wpływają ujemnie na ewentualny dalszy rozwój narządu rodnego, zamykając w ten sposób błędne koło wzajemnych wpływów. Niewiadomem jest bowiem, czy niedomoga jajników jest wynikiem ogólnego infantylizmu narządu rodnego, czy też naodwrót sama jest pierwotną przyczyną tego niedorozwoju.

Niedorozwój części rodnych kobiety niezawsze idzie w parze z hipoplazją ogólno-somatyczną, odwrotnie — bardzo często spotykamy szereg wyżej wymienionych wad u kobiety dobrze zbudowanej i prawidłowo rozwiniętej a w takich wypadkach trudno mówić o konstytucjonalnym typie infantylnym kobiety, a tylko o miejscowej seksualnej hipoplazji.

Natomiast do cech infantylnych u kobiet niepłodnych dołącza się często astenja. Stosunek między astenją a infantylizmem jest zresztą tak bliski, że Mathes mówi o astenicznym infantylizmie. Spostrzeżenia kliniczne w zakresie naszego materjału potwierdzają w zupełności powyższe zapatrywanie. Ponieważ hipoplazja seksualna da się sprowadzić do braków pewnych ciał zawartych w chromozomach, które różniczkują przyszły płód w kierunku tej lub owej płci, należy oczekiwać, że brak ten nie będzie tylko absolutny, ale że i względny stosunek ilościowy czynników predystynujących płeć męską i żeńską zostanie zaburzony tak, że musi przyjść do interseksualizmu. Stąd często cechy infantylne w narządzie rodnym krzyżują się z interseksualnemi.

W materjale naszym uderza wybitna przewaga kobiet interseksualnych. Jaki jest stosunek wyżej opisanych typów niepłodności, jest to pytanie, które stawiają sobie prawie wszyscy badacze konstytucji kobiety, dając jednak bardzo rozmaite odpowiedzi. Jak z wyżej przytoczonych rozważań i statystycznych zestawień wynika, odgrywa infantylizm narządu rodnego wybitną rolę w niepłodności kobiety. Sam fakt, że występuje on u przeszło 70% wszystkich niepłodnych, jest już dostatecznym na to dowodem. Jeszcze dalej od nas idzie Bumm, który twierdzi, że 2/3 — zaś H. Freund 4/5 wszystkich niepłodnych małżeństw ma za przyczynę niedorozwój narządu rodnego. Typ asteniczno-ptotyczny również nie sprzyja zastąpieniu, ponieważ jednak występuje bardzo rzadko w czystej postaci, natomiast najczęściej w połączeniu z hipoplazją i interseksualizmem, nie wymaga specjalnego omówienia.

Najbardziej dla niepłodności charakterystyczny jest typ interseksualny. Wiadomem jest bowiem, że kobiety typu interseksualnego zachodzą w ciążę rzadko — a jeżeli zajdą — rodzą uciążliwie i z powikłaniami, podczas gdy „pykniczki" zachodzą łatwo w ciążę i rodzą łatwo i zupełnie gładko. Dlatego też w zestawieniu naszem figuruje — przy zupełnie znikomej liczbie pykniczek olbrzymia, do 75% dochodząca, liczba interseksualnych. Mathes twierdzi, że interseksualizm w daleko większym stopniu przyczynia się do niepłodności aniżeli nawet infantylizm. Rozstrzygnięcie powyższego zagadnienia jest jednak specjalnie trudne ze względu na to, że wszystkie opisane typy się wzajemnie krzyżują i kumulują, że niepodobna z tego względu o ścisłe porównanie poszczególnych typów. Z innych typów konstytucjonalnych wyraźne obniżenie płodności znajdujemy w typie atletycznym i tak zwanym typie hipofizarnym, przeze mnie wyosobnionym (Liebhart).

Leczenie infantylizmu narządu rodnego napotyka na znaczne trudności, jak wogóle i inne zmiany i zaburzenia o charakterze rozwojowym i wrodzonym. Na pierwszym planie należy postawić leczenie ogólne, do nich należą wszystkie te środki i zabiegi, które zmierzają bezpośrednio lub pośrednio do ogólnego wzmocnienia organizmu i do pełniejszego jego rozwoju, a więc zwalczanie niedokrwistości, ogólnego osłabienia i wycieńczenia drogą odpowiednich środków farmakologicznych jak arsen, fosfor, żelazo i t. d. czy też drogą zabiegów fizykoterapeutycznych, a wreszcie zapomocą uprawiania sportów, przebywania na świeżem powietrzu, słońcu i t. d. Osobna wzmianka należy się w tem miejscu leczeniu kąpielowemu, w odpowiednich uzdrojowiskach. W leczeniu tem działają momenty dwojakiej natury a to z jednej strony o charakterze ogólnym (dobre powietrze, słońce i t. d.), z drugiej strony terapja miejscowa w postaci najrozmaitszych kąpieli, przeważnie borowinowych, hydroterapji i t. d. Pewną rolę odgrywają w tem leczeniu również i inne czynniki, z których do najważniejszych zaliczam kwestję systematyczności zabiegów i całego trybu życia jakoteż przymus leczenia. Leczenie miejscowe ogranicza się z natury rzeczy do traktowania niedorozwiniętego lub też patologicznie zmienionego narządu rodnego na tle konstytucjonalnem. Należą tutaj zabiegi tak ogólnie znane, że nie będę o nich specjalnie się rozpisywał. Są to więc albo zabiegi mające na celu wywołanie dodatniego efektu drogą mechaniczną a więc np. masaże, tampony i inne, zapomocą których staramy się albo wywołać przekrwienie bierne, albo też chcemy czysto mechanicznie rozszerzyć i pogłębić pochwę i sklepienia pochwowe, naprawić położenie macicy i t. d. Skolei idą zabiegi, które starają się drogą miejscowego podwyższenia ciepłoty, jak gorące nasiadówki, nagrzewanie diatermją, doprowadzić do rozpulchnienia, powiększenia a nawet wzmocnienia narządu rodnego. Są to jednak rzeczy podręcznikowe, nad któremi rozwodzić się nie mamy zamiaru. Podkreślić tylko pragniemy, że w Klinice lwowskiej stosowaliśmy na dużym materjale nagrzewanie diatermją tak w sprawach zapalnych jak i w niedorozwoju narządu rodnego i uważamy ten sposób leczenia w łączności zresztą z innemi zabiegami za dobry i prowadzący do celu.

Do ogólnego leczenia należy również kwestja odpowiedniego odżywienia niepłodnych. Dominującą rolę w tem zagadnieniu odgrywa kwestja witamin a specjalnie t. zw. witaminy płodności E, wykrytej przez Evansa i Burra drogą badań eksperymentalnych na zwierzętach. Evans i Burr wykazali niewątpliwy wpływ tej witaminy na płodność u zwierząt, jakoteż wyraźny związek z przysadką, ściślej mówiąc z jej komórkami bazofilnemi. Z innych witamin pozostają w pewnym związku z narządem rodnym witamina A i t. zw. witamina Cowarda, znane również pod nazwą witamin gonadotropowych. Znanym już jest obecnie ogólnie niekorzystny wpływ otyłości względnie pewnych rodzajów otyłości na płodność kobiety. Otyłość jest jednak — naszem zdaniem — zaburzeniem wynikłem z przyczyn raczej natury endogenicznej, wkrewno-konstytucjonalnej, niż bilansowej. Stąd leczenie jej musi iść znacznie głębiej i nie ograniczać się do zarządzeń czysto dietetycznych, gdyż w przypadkach tych ta sama przyczyna, która usposabia do otyłości, powoduje niepłodność. Otyłość natomiast bilansowa wydaje się nam być bez większego znaczenia dla omawianego zagadnienia.

Najbardziej celowem leczeniem infantylizmu i innych wad rozwojowych powinno być wpływanie na odpowiednie gruczoły wkrewne, które ze swej strony mają wpływ na narząd rodny w szczególności i na wtórne cechy płciowe i na cały organizm w ogólności, innemi słowy leczenie hormonalne. Ze względu na kapitalną rolę, jaką w odniesieniu do narządu rodnego odgrywa jajnik, musimy w leczeniu wszelkiego niedorozwoju tego narządu brać przedewszystkiem pod uwagę hormonoterapję jajnikową. Do tych celów używamy obecnie wyłącznie krystalicznych, dokładnie cechowanych preparatów jajnikowych, (menformon, gynoestryl, owarjohormon) i to przeważnie drogą pozajelitową. Ostatnio stosujemy również podawanie *per os* dwuhydrofolikuliny, która wykazuje silne działanie spowodu zastąpienia w zwykłej folikulinie grupy ketonowej grupą alkoholową. Do leczenia folikulinowego dołączamy prolan w odpowiednich, nadających się do tego przypadkach. Długoletnie obserwacje kliniczne na dużym materjale

upoważniają nas do swierdzenia szeregu wybitnych efektów po leczeniu hormonalnem, o czem zresztą zdawaliśmy już wielokrotnie sprawę na innem miejscu. Niemniej jednak zaznaczyć musimy, że istnieje cała grupa wad i zaburzeń konstytucyjno-rozwojowych tak dalece posuniętych, że mają nieledwie charakter zmian nieodwracalnych. W tych przypadkach leczenie hormonalne jak i każde zresztą inne, jest bezskuteczne. Czy winą tego jest stosunkowo mała znajomość fizjologji żeńskich hormonów płciowych, a co zatem idzie niemożność ustalenia optymalnego dawkowania tych hormonów, czy też przyczyna leży w samem nasileniu i zaawansowaniu tych wad, nie możemy chwilowo rozstrzygnąć.

W szeregu przyczyn wywołujących lub też przyczyniających się do niepłodności zajmują wybitne miejsce również inne gruczoły wkrewne a specjalnie przysadka, tarczyca a nawet nadnercza. Wiadomo bowiem, że wszelkie większe schorzenia gruczołów wkrewnych jak *morbus Basedowi, Addisoni, myxoedema, dystrophia adiposo-genitalis*, akromegalja, że wymienię tylko najważniejsze — powodują stałą lub też czasową niepłodność. Wynikałoby z tego, że organizm kobiety potrzebuje pewnego *optimum* stanu gruczołów do możności zajścia w ciążę, jak również iż zbyt wielkie wychylenia w równowadze gruczołowej jakoteż zbyt znaczne zaburzenia w ich zakresie wyraźnie nie sprzyjają płodności. Dlatego też leczenie niepłodności wymaga dużej znajomości gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i ustaleniu każdorazowo t. zw. formuły inkretologicznej badanej kobiety, celem zastosowania odpowiedniego przyczynowego leczenia. Z tego samego powodu nie powinniśmy ograniczać się do stosowania tylko preparatów jajnikowych, lecz w miarę potrzeby i wskazania podawać i inne gruczoły, aby wypełnić istniejącą w danym organizmie lukę.

Osobny rozdział leczenia zaburzeń hormonalnych tworzy promieniolecznictwo. Zanim zrozumiano sens i mechanizm działania energji promiennej, rozpoczęto już próby wpływania na gruczoły wkrewne promieniami Roentgena i radu używając jednak do tego dawek bardzo małych. Naświetlanie jajników w celach leczniczych, specjalnie celem wywołania perjodu u niemiesiączkujących datuje się od roku 1915 i już wtedy nosiło nazwę leczenia drażniącego. Van den Velden, który właśnie pierwszy zaproponował powyższe leczenie, wskazywał równocześnie na możliwość i niebezpieczeństwo przedawkowania. Szereg autorów stosowało omawiane leczenie ze zmiennem szczęściem dzieląc się na dwa obozy: zwolenników i zasadniczych przeciwników tej metody. Czołowym przedstawicielem zwolenników był Seitz, który uważał, że niema żadnych przeciwwskazań do naświetlania jajników, jeżeli zachowuje się wszystkie środki ostrożności i używa się małej dawki, dawkując jednak dokładnie (1/10 HED). Odmiennego zdania był Holzknecht, który przestrzegał przed podobną terapją wskazując na trudności w dawkowaniu a przez to na możliwość wywołania trwałych uszkodzeń w jajnikach. Zdanie to podziela obecnie większość autorów, zmienił się tylko sposób tłumaczenia mechanizmu działania promieni Roentgena na jajniki. Podczas gdy doniedawna uważano, że promienie Roentgena wywierają na jajniki jak i na inne gruczoły pewnego rodzaju działanie drażniące, to obecnie zaczyna przeważać zdanie, że wpływ ich polega na usuwaniu najrozmaitszych zahamowań i zaburzeń w jajnikach drogą niszczenia pęcherzyków nieprawidłowych, patologicznych. Poza jajnikami naświetla się obecnie również i inne gruczoły, jak przysadkę i tarczycę, a to celem wyregulowania czynności jajników drogą korelacyjnych zadziałań. Niemniej jednak dział t. zw. słabych naświetlań gruczołów wkrewnych wykazujący w innych dziedzinach bardzo piękne rezultaty nie daje w leczeniu niepłodności — jak dotychczas — oczekiwanych wyników.

VI.

Leczenie operacyjne niepłodności umieszczamy z umysłu na końcu. Uważamy bowiem, że do otwarcia jamy brzusznej z tego wskazania należy się uciekać dopiero po wyczerpaniu wszystkich sposobów leczenia zachowawczego, gdy to ostatnie zawiodło. Jesteśmy bowiem zdania, że leczenie operacyjne daje stanowczo mniej szans wyleczenia niż wspomniane metody zachowawcze i że nadto powaga i ryzyko zabiegu nie stoi w żadnym stosunku do wyników pooperacyjnych, które jak dotychczas są bardzo nikłe. Mamy tu na myśli oczywiście tę grupę zabiegów operacyjnych, które się wykonuje spowodu niedrożności trąbek pozostawiając na boku takie operacje jak usunięcie włókniaków lub innych zmian nowotworowych macicy i jajników, które zasadniczo do tematu nie należą.

Zabiegi, mające przywrócić drożność trąbek względnie komunikację jajnika z jamą macicy, można podzielić na trzy grupy. Najprostszym i najłatwiejszym zabiegiem jest salpingostomja, którą się wykonuje na granicy pomiędzy drożną a niedrożną częścią trąbki; następnym rodzajem operacji jest wszczepienie trąbki do macicy a wreszcie wszczepienie jajnika do macicy. Każdą z tych operacyj wykonuje się oczywiście z innego wskazania. I tak salpingostomję można wykonać tylko przy utrzymanej drożności trąbki w części przymacicznej, wszczepienie trąbki uskutecznia się przy niedrożności w części przymacicznej, natomiast jajnik wszczepia się do macicy, jeżeli wogóle nie mamy do dyspozycji odpowiedniej partji zdrowej trąbki.

Odtesek zajścia w ciążę po powyższych operacjach, które są *sui generis* operacjami plastycznemi w zakresie trąbek, jest bardzo nieznaczny. Sam twórca salpingostomji A. Martin donosi o dwóch przypadkach zajścia w ciążę na 65 — wszystkich przez siebie operowanych. Gellhorn naliczył do roku 1911 tylko trzynaście pozytywnych wyników z całego piśmiennictwa światowego. Thaler, Seitz i inni donoszą wprawdzie o kilku przypadkach zakończonych zajściem w ciążę, lecz dodają, że wszystkie one skończyły się poronieniem. Prochownick, Fuchs, Winter i Kehrer opisują łącznie sześć przypadków donoszenia ciąży po operacyjnych zabiegach. Estes, autor nowej metody wszczepiania jajnika do rogu macicy podaje w swojej statystyce, obejmującej łącznie sto przypadków tylko cztery o wyniku dodatnim, z tego dwie ciąże donosiły a dwie skończyły się poronieniem.

Jak z powyższego krótkiego zestawienia jasno wynika, wynik omawianych operacyj jest bardzo skromny. Statystykę przypadków dodatnich pogarsza ta okoliczność, że i z tych dodatnich przypadków przynajmniej około 50% kończy się poronieniem i to we wczesnych miesiącach. Te i inne już wyżej podniesione momenty zmuszają nas do sceptycznego zapatrywania się na wartość operacyjnego leczenia niepłodności w dobie obecnej.

Na koniec kilka słów o zabiegu, który — jak dotychczas może się poszczycić stosunkowo nielicznemi dodatniemi wynikami a który teoretycznie powinien mieć w przyszłości widoki powodzenia t. j. o sztucznem zapłodnieniu.

Wskazanie do zastosowania sztucznego zapłodnienia może być dwojakie: t. j. ze strony mężczyzny i kobiety. Ze strony mężczyzny zachodzi ono wtedy, jeżeli jakiekolwiek stany patologiczne uniemożliwiają zdeponowanie plemników w pochwie lub też istnieją zaburzenia, które powodują niemożność przejścia plemników do cieczy nasiennej. Pierwsza możliwość zachodzi wskutek zaburzeń w procesie erekcji najrozmaitszej przyrody (wierzchniactwo i spodziectwo, subnormalnie mały rozmiar członka lub jego wygięcia i wykrzywienia, wodniak, słoniowatość moszen) i wreszcie różne rodzaje impotencji i zaburzenia w wytryskiwaniu nasienia (wytrysk przedwczesny, brak cieczy nasiennej wskutek zamknięcia dróg odprowadzających).

Wskazanie do stosowania sztucznego zapłodnienia ze strony kobiety ma miejsce, gdy nasienie albo mimo zdeponowania w pochwie nie dostaje się do macicy spowodu przeszkód natury mechanicznej w szyi macicy czy też ze względu na powrotne wypływanie cieczy nasiennej, czy też wreszcie wskutek niszczenia plemników przez wydzielinę pochwy — lub też wogóle nie dostaje się nawet do pochwy *(atresia vaginae* i t. d.).

Przed wykonaniem sztucznego zapłodnienia powinniśmy przestrzegać zaistnienia trzech warunków: 1) stwierdzenia ponad wszelką wątpliwość obecności prawidłowych i zdolnych do zapłodnienia plemników, 2) prawidłowych, zdolnych do zapłodnienia jajek i wreszcie 3) wykluczenia jakichkolwiek przeszkód w połączeniu się plemników z jajkiem w wyższych drogach narządu rodnego. Warunek drugi jest w warunkach obecnych tylko *pium desiderium*, gdyż nie mamy narazie możności stwierdzenia stanu jajek w organizmie kobiety.

Sposób przeprowadzenia sztucznego zapłodnienia jest bardzo prosty. Zależnie od wskazania i od potrzeby stosujemy zapłodnienie dopochwowo lub też domacicznie. W pierwszym przypadku wlewamy ciecz nasienną uzyskaną drogą *coitus condomatus* lub też nawet *per masturbationem* do pochwy w wziernikach mlecznych lub łyżkowych, w drugim używamy strzykawki Brauna, zapomocą której umieszczamy nasienie w jamie macicy w ilości około 1 cm^3. Pacjentka winna być utrzymywana w jakiś czas potem w odpowiedniem położeniu z wysoko uniesionemi pośladkami.

Uwzględniając najnowsze wyniki doświadczeń odnośnie do czasu jajeczkowania, ustalające jego termin na 15 dzień po perjodzie, radzimy stosować i stosujemy sztuczne zapłodnienie w 15 i 21 dniu po perjodzie. Częstość stosowania sztucznego zapłodnienia zależna jest od rodzaju metody. Metody dopochwowej możemy używać dowolnie często w odróżnieniu od wlewań domacicznych, których liczbę z konieczności należy ograniczyć. Niemniej jednak uważamy jednorazowe zapłodnienie za niewystarczające i jesteśmy zdania, że należy do pewnego stopnia naśla-

dować przez kilka a nawet kilkanaście zabiegów fizjologiczne procesy zapładniania, wychodząc z założenia, że niezawsze *coitus* wykonany w najodpowiedniejszych warunkach i najbardziej optymalnym czasie musi prowadzić do zajścia w ciążę.

W Klinice lwowskiej stosowaliśmy sztuczne zapłodnienie u kilku zaledwie pacjentek jednak — jak dotychczas — bez wyniku. Statystyka zajść w ciążę po takiem zapłodnieniu w piśmiennictwie światowem jest skromna i raczej niekorzystna. Wynik dodatni można osiągnąć najłatwiej i osiąga się też go w istocie w przypadkach wskazań ze strony męża t. j. w zaburzeniach wzwodu i wytrysku. Sztuczne zapłodnienie wykonane ze wskazania na kobietę ma skromne widoki powodzenia. Niemniej jednak tak w operacjach plastycznych trąbek jak i sztucznem zapłodnieniu uzyskamy napewno lepsze wyniki w miarę udoskonalenia metod postępowania i narastania doświadczeń.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Kazimierz BUDZANOWSKI, Lwów.
St. asyst. Kliniki okul. U. J. K.

Wskazania do zwolnienia od rysunków i zajęć praktycznych młodzieży szkolnej spowodu niedostatecznej sprawności narządu wzrokowego.

Temat, który tu poruszam, zajmuje przedewszystkiem lekarzy szkolnych, którzy z tytułu swego urzędu muszą rozstrzygać w przypadkach licznych próśb o zwolnienie uczniów z pewnych przedmiotów, objętych programem nauki szkolnej. Przedmiotami temi są rysunki i zajęcia praktyczne, do których pewna część młodzieży, może nie dość uzdolnionych w tym kierunku, nie chcąc pokonywać wyłaniających się trudności, odnosi się niechętnie. To staje się przyczyną licznie mnożących się starań o zwolnienie, często nieuzasadnionych istotnym stanem rzeczy. I tutaj ucieczką stają się cierpienia narządu wzrokowego, w związku z któremi napływają prośby o zwolnienie z odnośnych przedmiotów. Lekarze szkolni, zależnie od osobistych zapatrywań na tę sprawę, wydają orzeczenia niekiedy zbyt surowo, odrzucając prośby w przypadkach wymagających uwzględnienia, znowu innym razem zbyt łagodne, co przynosi szkodę całokształtowi nauczania, a niejednokrotnie nawet może godzić w powagę stanu lekarskiego.

Zbadanie i ocena sprawności narządu wzrokowego należą do lekarza okulisty, na jego to świadectwie opierać się powinien lekarz szkolny. Nie wszędzie jednak szkoły mają do swej dyspozycji szkolnego okulistę. Miasto Lwów znajduje się w tem wyjątkowem położeniu, że posiada własną poradnię oczną dla wszystkich szkół państwowych oraz dla niektórych prywatnych, które zgłosiły swój udział w korzystaniu z usług poradni, dlatego sprawa zwolnienia nie natrafia tutaj na większe przeszkody. Odnośny uczeń zostaje skierowany przez lekarza szkolnego danego zakładu do poradni ocznej, skąd po zbadaniu wysyła się drogą urzędową orzeczenie. Inaczej sprawa przedstawia się w szkołach prywatnych, nienależących do poradni, względnie zamiejscowych, niemogących korzystać z tejże. Wtedy lekarze szkolni sami muszą rozstrzygać o zwolnieniu i to zwykle na podstawie świadectw okulistów prywatnych. Ogół jednak lekarzy nie jest należycie poinformowany, na czem polegają dzisiejsze nowoczesne zajęcia praktyczne i rysunki, co powoduje rozbieżność poglądów na tę sprawę i pociąga za sobą nieraz zwolnienie ucznia w przypadkach do tego zupełnie się nienadających, względnie odwrotnie. Z okoliczności tej wypływa konieczność ustalenia pewnych norm, które pozwoliłyby uzgodnić różnorodność zdań — o ile ona zaistnieje — lekarza szkolnego i prywatnego, i które lekarzowi szkolnemu dopomogłyby w należytem ocenieniu zdolności ucznia do omawianych zajęć.

Celem ułatwienia i uproszczenia pracy lekarzowi szkolnemu pozwolę sobie omówić szereg wskazań, które posłużyłyby za podstawę do zwolnień.

Naczelną zasadą, którą należałoby się kierować przy zwalnianiu, jest ostrość wzroku. Jako minimum ostrości potrzebnej do uczęszczania do szkół przyjęto granicę 6/24, poniżej której dzieci takie nadają się już do szkół dla słabo widzących. H a y podaje, że dzieci, które mają mniej niż 6/24 ostrości wzroku po wyrównaniu szkłami, winny uczęszczać do szkół dla słabo widzących. Stawia on nawet wyższą granicę 6/18 ze względu na różność oświetlenia w klasie, odległość tablicy, które odgrywają tu dużą rolę.

Kierując się tem, że dla rysunków, względnie dla niektórych zajęć praktycznych, jak np. hafty i t. p., jest potrzebna lepsza ostrość wzroku, aniżeli minimum do pisania i czytania, proponuję, aby zwalniać w przypadkach, o ile ostrość wzroku na oku lepszem wynosi mniej jak 6/18 i przynajmniej 6/60 na oku gorszem, uwzględniając wyrównanie odpowiedniej wady refrakcji szkłami. W przypadkach zaś, w których oko gorsze posiada mniejszą ostrość wzroku, aniżeli 6/60, względnie jeżeli zachodzi niedowidzenie albo ślepota jednego oka lub brak gałki ocznej, oko lepsze powinno wzamian posiadać conajmniej 6/12 ostrości wzroku, w przeciwnym razie osobnik taki kwalifikuje się również do zwolnienia. Powyższe wskazanie, uwzględniające niedostateczną ostrość wzroku, jest podyktowane doświadczeniem, że im gorsza jest ostrość wzroku, tem praca zbliska połączona jest z większym wysiłkiem, co może stworzyć pewne zrozumiałe trudności upośledzonemu wzrokowo. C s a p o d y - M o c s y w swej pracy o robotach ręcznych w szkołach powiada, iż przy minimum ostrości wzrokowej potrzebnej w szkole, można wykonywać z łatwością pod kontrolą wzroku roboty t. zw. nitkowe jeszcze wtedy, o ile grubość nitki wynosi 0,6 mm przekroju. Przy cieńszych zaś i delikatniejszych nitkach potrzebna jest stopniowo lepsza ostrość wzroku.

Przechodząc do omawiania dalszych wskazań, należałoby uwzględnić poszczególne wady refrakcji.

Jedną może z najważniejszych wad refrakcji jest krótkowzroczność. H a r m a n N. B i s h o p podaje jako granicę dopuszczenia krótkowzrocznego ucznia do szkoły dla 11 lat —3 D, dla 16 lat —4 D, natomiast B a r t e l s uważa za najwyższą granicę —8 D, o ile niema zmian na dnie oka. G i m b l e t t poleca przy krótkowzroczności postępującej unikać przeciążenia pracą zbliska, stosując odpowiednie postępowanie zapobiegawcze, jak siedzenie w przednich ławkach, czytanie dużego druku nie dłużej jak 1/4 do 1/2 godziny, skrócenie zadań domowych. Dla dziewcząt robienie robót drutowych jak pończochy nie jest przeciwwskazane, natomiast hafty uważa się za szkodliwe. W cięższych przypadkach postępującej krótkowzroczności zaleca lekcje ustne. O ile chodzi o postępowanie w t. zw. szkolnej krótkowzroczności, to według G i m b l e t t a, który przebadał 170 dzieci i obserwował u nich przebieg myopji przez okres 6 lat, przeciętny wzrost wynosi podczas okresu szkolnego — 0,4 D, na oko i na jeden rok, t. zn. że dziecko 5-letnie z emetropją, ale ze skłonnością do krótkowzroczności, nabyłoby w 15 roku życia —4 D. Według niego okres najbardziej postępującej krótkowzroczności przypada od 8 do 12 roku życia.

Jeśli teraz weźmiemy pod uwagę, że dziecko szkolne ze skłonnością do krótkowzroczności, przy wstępowaniu do szkoły miało oczy miarowe, względnie nieznacznie dalekowzroczne, a w ciągu szeregu lat szkolnych wytworzyła się u niego t. zw. krótkowzroczność szkolna, dochodząca zaledwie do —5 D. nie będziemy uważać tego za jakieś poważniejsze upośledzenie wzroku w życiu późniejszem. Jeżeli natomiast dziecko z wrodzoną krótkowzrocznością choćby nawet niewielką, powiedzmy dla przykładu około —5 D dla lat 10, nabywa jeszcze szkolną krótkowzroczność, staje się to już większą wadą wzroku, przedstawiającą później pewnego rodzaju przeszkodę życiową. O krótkowzroczności złośliwej, dającej szereg powikłań, prowadzących niekiedy do ślepoty, nie będę tu wspominał, ponieważ dzieci nią dotknięte nadają się do szkół dla słabo widzących.

Dzieci krótkowzroczne powinno się w szkole otaczać specjalną opieką. W Niemczech, aby uniknąć przeciążenia pracą zbliska, zwalnia się krótkowzroczne dzieci od robót ręcznych i rysunków.

W sprawie zwalniania krótkowzrocznych od zajęć praktycznych i rysunków, aby nie podawać dla każdego wieku innych liczb, proponuję przyjąć schematycznie ilość dioptryj równających się połowie ilości lat, t. zn. zwolnieniu podlegałyby te dzieci, u których ilość dioptryj wynosi połowę ich lat i więcej.

Z dalszych wad refrakcji, należałoby wymienić dalekowzroczność. Niskiej dalekowzroczności względnie średniej, choćby nawet towarzyszyły im pewne zaburzenia akomodacji, które w przeważnej części dają się usunąć zapomocą doboru odpowiednich szkieł, nie należy uważać za przeszkodę w wykonywaniu robót ręcznych i rysunków. Natomiast dalekowzroczność wyższego stopnia wymagająca szkieł silniejszych — tu proponuję przyjąć granicę +6 D i wyżej — gdzie szkła tak silne mają już działanie pryzmatyczne i mogą dawać zniekształcenie obrazu, stwarza duże utrudnienie w pracy zbliska. Dlatego dzieci takie można zwalniać.

Podobnie większa niezborność (astygmatyzm), która przyczynia się nietylko do upośledzenia ostrości wzroku, ale także powoduje zniekształcenie obrazu, staje się wielką przeszkodą w pracy zbliska. Noszenie silniejszych szkieł cylindrycznych, które wyrównują upośledzoną ostrość wzroku przez swe działanie pryzmatyczne, przyczynia się także do zaburzeń wzroko-

wych. Według Harmana N. Bishopa astygmatyzm tak krótkowzroczny jak i dalekowzroczny przy przyjęciu do szkół nie powinien przekraczać 3 D. Wobec uproszczenia nowoczesnych zajęć praktycznych i rysunków uważam za granicę astygmatyzmu najniższą 4 D, powyżej której uzusadnione mogłoby być zwolnienie z odnośnych zajęć.

Przechodząc skolei do dalszych wskazań, należałoby poruszyć przypadki, w których wymagane jest noszenie innych szkieł do pracy zbliska a innych do patrzenia wdal. Przykładem takim może być obustronny brak soczewki, który zdarza się po operacji zaćmy lub też porażenie względnie osłabienie akomodacji przy równoczesnej wadzie refrakcji. Ponieważ przy praktycznych zajęciach i rysunkach potrzebne jest widzenie z odległości i zbliska przy równoczesnem zajęciu obu rąk, zrozumiałe stają się trudności, jakie wynikają z powyższego stanu, wskazujące na konieczność zwolnienia.

Z innych wskazań ważną jest niesprawność narządu ruchowego oka, powodująca podwójne widzenie. Pominąwszy tu porażenia mięśni ocznych z widzeniem podwójnem, w których osobnik taki nie jest w stanie poruszać się w przestrzeni i dopiero przez wyłączenie jednego oka z widzenia może zachować równowagę, które to przypadki nie nadają się wogóle do uczęszczania do szkół, są stany, gdzie przy t. zw. niedomodze mięśniowej, przeważnie na tle wady refrakcji występuje szczególnie przy pracy zbliska dwojenie się. Stany takie, o ile są stwierdzone przez dokładne badanie specjalistyczne — a liczyć się tu trzeba z możliwością symulacji — nadają się do uwolnienia. Podobnym stanem, wywołującym ustawiczne dwojenie się jest oczopląs przy patrzeniu wprost, który również wymaga tej samej oceny.

Pozostałyby jeszcze pewne choroby oczne, które wywołują trwałe łzawienie. Do takich należą przewlekłe schorzenia dróg łzowych, niedomykalność powiek, wywinięcie powieki, podwinięcie rzęs, zajęcze oko. Oczy załzawione nie widzą wyraźnie, obrazy zacierają się i zniekształcają. Jest to również przeszkodą w widzeniu i utrudnieniem pracy oburęcznej, gdyż wymaga częstego wycierania oczu chusteczką.

Wreszcie z dalszych wskazań należałoby wymienić pewne przewlekłe schorzenia gałki ocznej, w których ostrość wzroku może być nawet bardzo dobra, w których jednakże rokowanie nigdy nie jest pewne. Przebiegać one mogą z długiemi okresami utajenia, w których objawy chorobowe są zaledwie zaznaczone, względnie istnieją w oku zmiany świadczące o przebytej sprawie zapalnej. Do takich schorzeń możemy zaliczyć przewlekłe zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego ze zmętnieniami ośrodków łamiących oka, męty w ciałku szklistem, zmiany na dnie oka. Harman N. Bishop uważa, że dzieci, u których stwierdza się zmętnienie ośrodków łamiących, schorzenia przewlekłe jagodówki oraz większość przypadków zapalenia rogówki, nie nadają się do szkół. W przypadkach takich mimo zachowanej ostrości wzroku uczeń doświadcza pewnych przykrych sensacyj wzrokowych w postaci plam w polu widzenia, muszek latających i t. p. Biorąc pod uwagę powyższe stany chorobowe, mogące spowodować obniżenie ostrości wzroku, a wiedząc przytem, iż schorzenia tego rodzaju mogą dawać nagłe okresy pogorszenia bez wyraźnej przyczyny, jakkolwiek praca wytężająca zbliska może pośrednio być bodźcem do pogorszenia się, należy oczy takie o ile możności oszczędzać i zwolnienie w tych przypadkach może mieć miejsce.

Wkońcu należałoby jeszcze wspomnieć o jednem ważnem wskazaniu do zwolnień w schorzeniach, mających tendencję do częstych nawrotów. Przykładem takich schorzeń mogą być zapalenia skrofuliczne oka, w których istnieją przypadki o przebiegu lekkim, jednak mającym skłonność do częstych nawrotów. Podobnie i nieżyty wiosenne, w których największe dolegliwości przychodzą z wiosną, a także i w porach roku ciepłych, są tego rodzaju schorzeniami.

Reasumując powyższe wskazania, pozwolę sobie przedstawić projekt przepisów, na podstawie których można zwolnić ucznia (uczenicę) od rysunków lub zajęć praktycznych na przeciąg roku szkolnego. Projekt obejmuje 10 zasadniczych punktów:

1) O ile ostrość wzroku na oku lepszem wynosi mniej niż 6/18 i przynajmniej 6/60 na oku gorszem z uwzględnieniem poprawy szkłami.

2) O ile ostrość wzroku na oku lepszem wynosi mniej niż 6/12 i na oku gorszem mniej niż 6/60 z uwzględnieniem poprawy szkłami. Dotyczy to również niewidzących na jedno oko lub jednookich, o ile oko jedynie widzące nie ma 6/12 z uwzględnieniem poprawy szkłami.

3) Z krótkowzrocznością, jeśli ilość dioptryj wynosi połowę ilości lat i więcej.

4) Z dalekowzrocznością wymagającą szkieł + 6 D i więcej.

5) Z astygmatyzmem od 4 D i wyżej, stwierdzonym badaniem przedmiotowem.

6) W stanach wymagających noszenia innych szkieł do patrzenia wdal i innych do pracy zbliska (np. brak soczewki, porażenie akomodacji).

7) Przy niesprawności narządu ruchowego oka (np. porażenie lub niedomoga mięśni ocznych, oczopląs przy patrzeniu wprost).

8) Przy trwałem łzawieniu, spowodowanem przez zniekształcenie względnie niedomykanie powiek lub przeszkodę w drogach odprowadzających.

9) W schorzeniach przewlekłych gałki ocznej, mogących przyczynić się do obniżenia ostrości wzroku (np. zapalenie przewlekłe tęczówki i ciałka rzęskowego, męty ciałka szklistego, zmiany postępujące na dnie oka).

10) W schorzeniach z tendencją do częstych nawrotów (np. zapalenie skrofuliczne rogówki, nieżyt wiosenny spojówki).

Piśmiennictwo:

1) Hay: Zbl. f. Augenheilkunde 12. 1924 — 2) Csapody-Mocsy: Zeitschrift f. Augenheilkunde 76, 1932. — 3) Harman N. Bishop: Zbl. f. Augenheilkunde 10, 1923. — 4) Prof. M. Bartels: Kl. Monatsblätter f. Aug. 79, 1927. — 5) Gimblett: C. I. Zbl. f. Augenheilkunde 24, 1931. — 6) Schieck-Bruckner: Kurzes Handbuch f. Opht. VII — Hygiene.

Dr. I. REIN. Iwonicz.

Leczenie balneologiczne chorób nerwowych i umysłowych[1]).

Ilość środków leczniczych, któremi rozporządzamy w neurologji, jest bardzo nieliczna. Oprócz surowicy przeciw epidemicznemu zapaleniu opon mózgowych, tężcowi, przeciw chorobie Heine-Medina, szczepionki przeciw wściekliźnie i oprócz środków przeciwkiłowych, nie posiadamy żadnych, które byłyby skierowane przeciwko samym przyczynom choroby. Przeważnie nasza czynność ogranicza się tylko do nazwania i określenia umiejscowienia schorzenia. Wiekszość schorzeń systemu nerwowego rozciąga się na kilka a czasem na dziesiątki lat i przy każdym nowym przypadku stajemy przed problemem, w jaki sposób pomóc choremu, czem przyczynić się do wyleczenia choroby, do powstrzymania rozwoju, choćby do osiągnięcia dłuższej remisji. Niejednokrotnie po wyczerpaniu wszystkich lekarskich zabiegów udawali się chorzy do miejscowości, które słynęły ze zbawczo działających źródeł i często powracali z widoczną a przedewszystkiem z subjektywną poprawą. Oficjalna medycyna nie zawsze była z tego stanu rzeczy zadowolona. — Petrarka w świetnej satyrze na lekarzy opowiada, jak to niedaleko Neapolu była wyspa Tritoli, obok Misenum, na której były źródła, które słynęły z cudownej mocy przywracania zdrowia i z tego powodu z wszystkich stron przybywali tam chorzy a wracali spowrotem uleczeni. Nie było to w smak opodal znajdującemu się, zresztą najstarszemu na świecie wydziałowi lekarskiemu w Salerno. Pewnego razu podczas ciemnej nocy, profesorowie razem z uczniami popłynęli na tę wyspę i zasypali źródła. Spotkała ich jednak za to zasłużona kara. Gdy powracali po dokonaniu swego niecnego czynu, wybuchła burza i wszyscy utonęli.

Właściwe działanie leczniczych wód oparte było na czystej empirji, jak zresztą większość naszych środków farmakologicznych i dopiero ostatnie dziesiątki lat wraz z rozwojem chemji, fizjologji i ogólnej medycyny przyniosły analizy, wartości i znaczenie leczenia t. zw. wodami mineralnemi, oddając w ręce lekarza nowy a dawno wypróbowany sposób leczenia, balneologję i balneoterapję.

Jeśli zanurzymy chorego w wodę, to prawie natychmiast możemy stwierdzić szereg zmian: zblednięcie lub zaczerwienienie skóry, rozszerzenie lub zwężenie naczyń krwionośnych, przyspieszenie lub zwolnienie akcji serca, pocenie i cały szereg innych ogólnie znanych objawów, które określamy jako objawy wegetatywne. Organizm został więc poddany bodźcom, których miejscem działania jest system wegetatywny a zauważone przez nas zmiany polegają na zmianie napięcia w obrębie tego systemu.

[1]) Według wykładu wygłoszonego na sekcji neurologiczno-psychjatrycznej Pol. Tow. Psychjatr. we Lwowie, dnia 20 marca 1934 r.

Jako miernik tych zmian wprowadził Stahl z kliniki Curschmanna odczyn skórny Groera. Wykonuje się go w ten sposób, że wstrzykuje się w ramię doskórnie 0,1 roztworu adrenaliny 1 : 10,000.000. W miejscu wstrzyknięcia powstaje na skórze bąbelek, którego średnica zmienia się zależnie od działania bodźców na system wegetatywny. Pod wpływem ciepłej kąpieli średnica bąbelka zwiększa się a pod wpływem chłodnej zmniejsza się. Jeśli zamiast kąpieli wstrzykuje się środki działające wybiórczo na system wegetatywny a więc adrenalinę, atropinę lub pilokarpinę, to w każdym wypadku reakcja wypadnie w kierunku nastawienia systemu wegetatywnego, a więc przy adrenalinie powiększenie reakcji a następnie zmniejszenie, po atropinie zmniejszenie, po pilokarpinie wzrost t. j. powiększenie pęcherzyka, po krótkiej fazie zmniejszenia. Doświadczenie to dowodzi, że powiększenie pęcherzyka powstaje przez wzmożenie napięcia nerwu błędnego, odwrotnie, pomniejszenie pęcherzyka przez przewagę napięcia, *tonus* nerwu sympatycznego. Z tego wynika, że kąpiele ciepłe powodują wagotonizację, zimne kąpiele sympatykotonję. Objawom na skórze towarzyszą równocześnie analogiczne zmiany w narządach wewnętrznych. Zmiany w krwi dotyczą nietyle składu morfologicznego, ile własności fizykalnych i chemicznych. Ciepłe kąpiele zmniejszają lepkość krwi, zmniejszają zawartość białka i zwalniają szybkość opadania krwinek, natomiast zimna kąpiel powoduje wzrost lepkości, zawartości białka i przyspiesza szybkość opadania czerwonych ciałek. Ta przemiana czynnościowa ustroju nazywa się przestrojeniem.

Do tego czynnika fizykalnego dołącza się czynnik drugi, chemiczny, odgrywający niemniejszą rolę we właściwem działaniu terapeutycznem. O tym czynniku chemicznym stanowi jakość chemiczna stosowanej wody. Moje doświadczenia opierają się na działaniu wód zawierających jod.

Mimo, że jod jest jednym z najczęściej stosowanych środków, a badania nad nim tworzą już rozległe piśmiennictwo, to jednak nasze wiadomości polegają głównie na dedukcji i doświadczeniu. Pierwszy, który zajmował się badaniem jodu, był Francuz Chatin, w roku 1850. Przeprowadzał on analizę wód, które były znane jako środek leczniczy przeciw kretynizmowi i wykazał, że głównym składnikiem tych wód był jod. W badaniach swoich stwierdził, że jod znajduje się prawie wszędzie w otoczeniu, że wchodzi w skład prawie każdej wody, jest obecny w powietrzu (w 4 metrach kubicznych powietrza znajduje się w ilości 1/500 g), i stanowi stały składnik wszystkich produktów naturalnych. Znacznie później, bo dopiero w roku 1894 wykazał Baumann obecność jodu w tarczycy i od tego czasu badania nad działaniem jodu w organizmie nabrały właściwego znaczenia, i dziś wiemy, że jod stanowi stały i nieodzowny składnik każdego ustroju.

Właściwe działanie jodu wyobrażamy sobie jako działanie wolnego zjonizowanego pierwiastka. Jeśli pominiemy depresywne działanie jodu na ośrodki nerwowe, w połączeniu z związkami alifatycznemi, to istotna czynność jodu polega na pobudzeniu resorbcji. Im łatwiej ulega dysocjacji w tkankach, tem wybitniej zaznacza się jego działanie. Prace Veila i Sturma ujmują i dobitnie, wykazują fundamentalny związek pomiędzy systemem wegetatywnym a poziomem jodu we krwi. Nagromadzenie jodu we krwi zwiększa się po zażyciu szybko w ciągu pierwszej godziny, po upływie 2—3 godzin osiąga swoje *maximum*. Przez podawanie jodu w krótkich odstępach czasu można jego koncentrację we krwi podnieść i odwrotnie dowolnie obniżyć. Jodki t. j. jodek sodu i potasu posiadają własność rozprzestrzeniania się jako obojętna substancja w całem ciele, a działanie występuje głównie tam, gdzie istnieją warunki, aby uwolnić wolny jod. Reszta zostaje jako nadmiar wydalona z organizmu. Jod posiada wybitną neuro- i lipotropję, dzięki czemu głównem miejscem nagromadzania jodu jest centralny system nerwowy. Jod jest jednym z tych nielicznych środków, które przedostają się przez zaporę krwi i płynu do płynu mózgowordzeniowego. Marcus stwierdził podwyższenie ciśnienia płynu mózgowordzeniowego pod wpływem jodku potasu. Osborn w szczegółowej pracy nad zawartością jodu w płynie mózgowo-rdzeniowym wykazał, że maksymalne nagromadzenie jodu w płynie stwierdza się już w pół godziny po jego podaniu. Przy zapaleniu opon mózgowych przepuszczalność opon dla jodu jest stale zwiększona. Szczególnie tkanka nerwowa chorych kiłowych gromadzi więcej jodu niż normalna. Bardzo ciekawe są badania Crile'go, który stwierdził zwiększenie przewodnictwa elektrycznego mózgu pod wpływem jodu (jodoformu). Frey stwierdził w mięśniach pod wpływem izotonicznych roztworów jodu skurcze włókienkowe i wzmożoną pobudliwość elektryczną. Müller i Inada wykazali po 14 dniowem podawaniu jodu zmniejszenie lepkości krwi a jako skutek łatwiejszy przepływ przez kapilary, co naturalnie wpływa korzystnie na krążenie. Francuzi oddawna przypisują jodowi rozszerzające działanie na naczynia wieńcowe serca. Istnieje w tym kierunku wielka ilość badań o bardzo odmiennych wynikach i zdaniach. Ostatnio stwierdzili M. Guggenheimer i I. Fischer, że wystarcza w schorzeniach naczyniowych niekiłowych dawka 0,005 podawana trzy razy dziennie, a nawet przy koncentracjach jodu 1:100.000 do 1:5,000.000 dla wywołania rozszerzenia naczyń wieńcowych serca i naczyń krwionośnych obwodowych. Zasługują na uwagę z licznych prac nad wpływem jodu na przemianę materji doświadczenia Histoniego, który stwierdził po zażyciu jodku potasu znaczne wzmożenie wydzielania zasad purynowych i kwasu moczowego. Najwybitniej dowodzą wpływu jodu na system nerwowy objawy zatrucia, a więc podniecenie, bezsenność, niepokój ruchowy, przyspieszenie akcji serca, wychudnięcie, duszność, zawroty, nieraz stany ciężkiego zamroczenia i napady szału. Obraz chorobowy prawie identyczny z obrazem klinicznym hipertyreozy. Do wystąpienia takich objawów zatrucia nie wystarcza jednak samo podawanie jodu. Badania Salisa-Vogla wykazały, że nie decyduje w tem, jakby się wydawać mogło, tarczyca, lecz tolerancja, stan napięcia systemu wegetatywnego, według Charcota, Oswalda *tonus* ośrodków sympatycznych.

W ten sposób działanie nasze na chorego idzie w dwóch kierunkach. Zmieniamy napięcie systemu wegetatywnego, przestrajamy go, stwarzamy przewagę w stronę sympatyczną lub parasympatyczną, mówiąc słowami Hessa, czy chcemy drogą nerwu sympatycznego pobudzić rozwinięcie aktualnej energji, czy drogą parasympatyczną wywołać restytucję i zatrzymanie zdolności potencjalnych ustroju. Równocześnie wprowadzamy środek, który pobudza resorbcję, działa niszcząco na schorzałe komórki, względnie protoplazmę, przyspiesza wydzielanie produktów rozpadu z organizmu, przenika do systemu nerwowego, ułatwia krążenie krwi i wreszcie drogą swego stosunku do systemu wegetatywnego i tarczycy ma wprost nieskończony wpływ na wszystkie przejawy życia ustroju. Do tych dwóch czynników dołącza się trzeci, swoisty, zawarty w składzie stosowanej wody mineralnej. Osobliwy skład wody mineralnej polega nietylko na obecności pewnego charakterystycznego składnika, lecz na obecności i wzajemnym stosunku wszystkich zawartych soli. Jest faktem, że działanie pewnej substancji dzięki obecności innych ciał, które często znajdują się tylko w minimalnych ilościach, ulega jakościowej zmianie a szczególnie może ulec znacznemu nasileniu. Znaczenie tego podnosi szczególnie Wiechowski. Według niego działanie charakterystycznych składników zostaje zmienione przez sole uchodzące za obojętne. Może polega to na działaniu niektórych tylko w minimalnej ilości obecnych ciał, może na nieznanem nam działaniu jonów, a może ma znaczenie brak zdysocjowanych jonów. Jest to ważne, gdy chcemy przez doprowadzenie wielkiej ilości wód mineralnych wywołać zmianę w gospodarce mineralnej ustroju. Pomiędzy sokami a komórkami organizmu istnieje bierne przeciwieństwo jonów. W surowicy i limfie stanowią jony sodu i wapnia stały składnik w przeciwieństwie do jonów potasu i magnezu także w zakresie anjonów widzimy analogiczne zjawisko. Jony chloru znajdują się w płynach a jony fosforu wchodzą w skład ciał komórkowych. Naprzykład w tkance nerwowej jony chloru znajdują się wyłącznie w przestrzeniach limfatycznych otaczających komórki. Stałe składniki nieorganiczne komórek stanowią potas, magnez i fosfor, natomiast płynów sód. potas i jony chloru. Z wywołaniem zmiany w gospodarstwie mineralnem organizmu idzie w parze zmiana reakcji na przyczyny i procesy chorobowe. Możemy więc zmieniać funkcję komórek przez zmiany unerwienia, krążenia i odżywiania w bardzo daleko idący sposób. Na tych podstawach wskazanie do powyższego sposobu leczenia będzie dotyczyło w neurologji tych wszystkich przypadków, w których zechcemy wywołać zmianę reakcji organizmu na przebieg choroby, pobudzić do intensywniejszej obrony, zmienić nastawienie wegetatywne, usunąć względnie przyspieszyć wydalanie produktów zapalnych lub nieprawidłowej przemiany materji. Wchodzą więc w rachubę wszystkie schorzenia systemu nerwowego zapalne, degeneratywne, naczyniowe i wegetatywne.

W szczególności *sclerosis multiplex*, schorzenia układu nerwowego na tle kiłowem i arterjosklerotycznem, stany po śpiączce, zmiany w związku z nieprawidłową przemianą materji, stany po *poliomyelitis*, wszystkie schorzenia nerwów obwodowych, wczesne postacie dystrofji mięśniowej, stany po zapaleniu i krwotokach opon, zatrucia, schorzenia naczynioruchowe, zaburzenia dotyczące wewnętrznego wydzielania.

Nietylko w neurologji, ale także i w leczeniu schorzeń psychicznych nabiera balneologja niepośledniego znaczenia. Rozwój naszych wiadomości o systemie wegetatywnym, o jego ośrodkach, o zwojach podstawowych, o gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, o stosunku wzajemnym tych narządów względem siebie

a z drugiej strony do skóry i gospodarki mineralnej ustroju zachwiały mocno dawnym poglądem o supremacji kory mózgowej nad życiem psychicznem. Ilekroć stajemy przed niemożnością, aby drogą czysto psychiczną osiągnąć jakiś rezultat leczenia, wtedy usiłowania nasze idą, by drogą organiczną, biologiczną wpłynąć na stan konstytucjonalny chorego. Pośród chorób psychicznych w rachubę wchodzi przedewszystkiem grupa cyklotymiczna i to w okresie depresywnym. Bardzo często zdarza się, że na pierwszy plan wysuwają się dolegliwości względnie skargi o pewnym ograniczonym kierunku. Pod postacią nerwicy serca, impotencji, braku miesiączki, lub jako nerwica żołądka lub jelit kryje się mniej lub więcej wyraźnie kompleks depresywny, w którym dość łatwo można znaleźć należące do niego charakterystyczne objawy, t. j. zahamowanie psychiczne, uczucie niedomagania, bezsenność i nierzadko utajone zamiary samobójcze. Zwykle chory tak ściśle odnosi swoje cierpienia do jednego narządu, że dopiero dokładna i szczegółowa anamneza pozwala dociec rzeczywistego źródła choroby. Niejednokrotnie jednak sam wyraz twarzy zdradza chorobę. W wywiadach łatwo wówczas można znaleźć, że chory przechodził podobne stany, że cierpiał na okresy bezsenności, a gdy uwzględni się jego typ konstytucjonalny, zazwyczaj dość wyraźny *habitus pyknicus*, gdy jeszcze dowiemy się od chorego, że jego cierpienia w ciągu doby ulegają pewnej stałej okresowości, że w porannych godzinach jest mu najgorzej a wieczorem znacznie lepiej, to jesteśmy zupełnie utwierdzeni w naszem rozpoznaniu. Wiemy dzisiaj dobrze, w jakim stopniu podłoże konstytucjonalne jest uwarunkowane konstelacją gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i ich ścisłym związkiem z systemem wegetatywnym. Roggenbauer wykazał wybitną hipofunkcję tarczycy w depresji i potwierdził tem już przedtem wypowiadane w tym kierunku przypuszczenia. Przesadne skargi chorych w okresie depresywnym mają źródła w rzeczywistych zmianach funkcyj wegetatywnych np. w zwolnieniu ruchów żołądka i jelit, w zmniejszeniu się sekrecji błon śluzowych, w osłabieniu czynności gruczołów płciowych. Dla naszej terapji nabiera to wielkiego znaczenia, ponieważ oprócz możliwości działania na system wegetatywny doprowadzamy równocześnie jod, pobudzając tem tarczycę do wzmożonego działania. Prawie przed stu laty używał już Hitzig atropiny w okresach depresywnych, a więc środka działającego na system wegetatywny.

Mniejsze znaczenie ma balneologja dla schizofrenji. M. Löwy podnosi, że jednak i tu dadzą się wybrać pewne typy konstytucjonalne, w których zaznaczają się szczególnie widoczne zmiany endokryniczno-dysplastyczne. Löwy podaje, że przy stosowaniu wpływającej na konstytucję chorego balneoterapji i podawaniu odpowiednich organopreparatów udało mu się osiągnąć poprawę i mógł powstrzymać dalszy rozwój choroby.

Spośród schorzeń psychicznych najliczniej są naturalnie reprezentowani ci chorzy, których zaliczamy do neurasteników. Są tacy, którzy przynoszą skargi na dolegliwości pochodzące z różnych narządów, dolegliwości sercowe, żołądkowe, bóle głowy i inne, które obejmujemy pojęciem nerwic narządowych i tacy chorzy, u których wybijają się objawy psychiczne, uczucie wewnętrznego napięcia, niezadowolenia i przewrażliwienia. Po uwzględnieniu czynników konstytucjonalnych i psychogenicznych można często chorych przez odpowiednie dostosowanie leczenia doprowadzić do równowagi, czasem może nawet łatwiej aniżeli długotrwałemi sposobami psychoterapeutycznemi. Zresztą oprócz balneoterapji w ścisłem znaczeniu niewątpliwie wielką rolę odgrywa odprężenie dzięki zmianie otoczenia, izolacja od zawodu i niesprzyjających warunków rodzinnych.

Po przebyciu reaktywnych, egzogenicznych psychoz, po stanach wyczerpania nerwowego np. po psychozach połogowych, schorzeniach zakaźnych, septycznych przez dłuższy jeszcze czas cierpią chorzy na bezsenność, niemożność koncentracji, wzmożoną pobudliwość psychiczną i uczuciową, osłabienie pamięci. Dla takich chorych leczenie balneologiczne, zwłaszcza gdzie rekonwalescencja przedłuża się dzięki ożywieniu krążenia i pobudzeniu systemu wegetatywnego, jest najlepszym środkiem prowadzącym do celu. To samo odnosi się do intoksykacji przy przewlekłym alkoholizmie, gdzie dominują objawy wegetatywne jak dolegliwości sercowe, uczucie lęku i opresji w piersiach, brak apetytu, wewnętrzny niepokój i rozdrażnienie. Polecają również jako uzupełnienie leczenia morfinizmu, przeprowadzenie kuracji balneologicznej. Jako podstawa wskazania mogą służyć badania Wutha nad zaburzeniami w równowadze chemicznej ustroju w okresie abstynencji morfinowej. W ostrym okresie powstaje silna kwasica, którą można przyjąć jako przyczynę wszystkich występujących objawów. Z drugiej jednak strony podnosi Wuth, że nie można sprowadzać wszystkich zaburzeń do tej jednej przyczyny. Morfinizmowi towarzyszą ciężkie zmiany systemu wegetatywno-endokrynicznego i raczej do nich można odnieść większość objawów. Morfina ma własności przytłumiające n. współczulny i w stałej korelacji z nim pozostające gruczoły t. j. tarczycę i nadnercza. Podczas abstynencji ustępuje stale utrzymywane przytłumienie i pojawia się wprost przeciwny stan przewrażliwości. Dlatego mogą być objawy abstynencji złagodzone przez środki przytłumiające n. współczulny.

Na zakończenie chciałem wspomnieć o pewnej formie ostrych zaburzeń umysłowych opisanych przez Löwy'ego, t. zw. kryz zdrojowych pod postacią niepokoju, uczucia opresji, lęku, halucynacyj słuchowych, gniewnego podniecenia, zamroczenia i obniżenia zdolności kombinacyjnych, czasem jako euforyczne podniecenie. Szczególną dyspozycję do kryz zdrojowych mają wykazywać osobnicy o konstytucji cyklotymicznej. Bonhoefer jest zdania, że te objawy wykazują wielkie podobieństwo do intoksykacji, zatrucia dwutlenkiem węgla CO_2.

Czy istotnie osobnicy o konstytucji cyklotymicznej wykazują szczególną dyspozycję do zatruć CO_2, brak doświadczenia i większej ilości spostrzeżeń. Bonhoefer stara się na tej podstawie wysnuwać wnioski, czy nie udałoby się stanów depresywnych leczyć przez przeładowanie krwi tlenkiem węgla.

Osobiście nie miałem sposobności obserwowania takiej kryzy zdrojowej pod postacią ostrej psychozy. Zapewne przyczyną tego jest, że w stosowanych przeze mnie wodach iwonickich głównym składnikiem jest jod, a dwutlenek węgla znajduje się stosunkowo w małej ilości.

Piśmiennictwo:

R. Stahl: M. Kl. 1923. 50. — Kraus: M. Kl. 1922. Nr. 48; D. m. W. 1920. Nr. 8. — Kraus u. Zondek: Kl. W. 1922. Nr. 36. — L. R. Müller: Das vegetative Nervensystem. — Baumann: Schweiz. M. W. Jg. 52. — Baumann: Hoppe-Seyler. Ztschr. Bd. 21. — Marcus: Arch. f. Derm. Orig. 114. — Osborn: Journ. of the amer. med. assoc. Bd. 76. — Crile: Nev-York med. Journ. Bd. 113. — Frey: M. Kl. Jg. 10. — Fellenberg: Bioch. Zsch. Bd. 152, 142, 139. — Salis-Vogel: Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. — Bonhoeffer: W. m. Kl. 1930. Nr. 15. — Slauck: Vom Jod. 1926.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. W. BINCER i Dr. R. PENECKE. Cieszyn.

Przypadek odosobnionej, pierwotnej ziarnicy złośliwej jelita czczego.

(Granuloma malignum primarium isolatum intestini jejuni).

Z oddziału chorób wewnętrznych Śląskiego Szpitala (Prymarjusz: Dr. Wiktor Bincer) i z Prosektury Śląskiej (Prosektor: Dr. Ryszard Penecke) w Cieszynie.

Niniejszy przypadek ogłaszamy nietylko ze względu na wielką jego rzadkość, ale także ze względu na szczególne trudności rozpoznania, jakie nastręczał.

R. L., mężczyzna 58-letni, budowniczy, przyjęty 28. XII. 1933 do szpitala spowodu gorączek, trwających już kilka tygodni, oraz spowodu dolegliwości żołądkowo-kiszkowych. Gorączki te miały typ zwalniający, dosięgały wieczorem 38,5°, z początku chory chodził mimo nich i czuł się naogół dobrze. Dolegliwości żołądkowo-jelitowe polegały na braku łaknienia, czczych odbijaniach oraz pobolewaniach w jamie brzusznej, które występowały raczej po lewej stronie razem z wzdęciem brzucha i przelewaniami, słyszanemi przez chorego, bez wyraźnego związku z porą pobierania i jakością pokarmów. Z początku choroby miał po kilka wolnych stolców na dzień, kilkakrotnie zdarzyło mu się, iż nie mógł ich utrzymać. W stolcach tych krwi, ani śluzu nie zauważył. Początek dolegliwości odnosił do spożycia niepewnej kiełbasy tem bardziej, że miał stale bardzo „wrażliwy żołądek". Od pewnego czasu nieco pokaszluje, łatwo się męczy przy wchodzeniu na schody. Otoczenie zwróciło uwagę na bladość chorego. Z przebytych chorób wymienia złamanie nogi przed kilkunastu laty, częste niedyspozycje żołądkowe. Poważniejszych chorób nie przebywał, w szczególności czerwonki, duru brzusznego i t. p. Tytoniu palił niedużo, alkoholu używał średnio dużo; jest żonaty, ma troje dorosłych zdrowych dzieci. Inne szczegóły nie mają znaczenia.

Był leczony początkowo w domu, lekarz ordynujący rozpoznawał grypę z nieżytem oskrzeli, potem, wobec utrzymywania się gorączek oraz bradykardji myślano o durze brzusznym lub rzekomym, (także o lewostronnem zapaleniu wyrostka robaczkowego) i wykonano odpowiednie badania bakterjologiczno-serolo-

giczne, które wypadły ujemnie. Badanie stolca wykazało krew utajoną silnie dodatnią, dużo tłuszczów obojętnych. Pozatem nic szczególnego.

Stan chorego przy przyjęciu przedstawiał się następująco (ograniczamy się do podania ważniejszych okoliczności): odżywienie dobre, bladość skóry, śluzówki ukrwione prawidłowo; lekko zaznaczone oddechanie skrzydełkowe; silne drżenie rąk i języka, żywe odruchy nerwowe; na lewym policzku nieznaczny obrzęk, pochodzący od zapalenia okostnej dookoła chorego zęba. Język suchawy, żywo czerwony, wygładzony, jakby lakierowany. Gruczoły chłonne dostępne badaniu nigdzie niepowiększone. Nieznaczny nieżyt oskrzeli, serce w granicach normy, tony są ciche, czyste, akcja miarowa, zaakcentowanie prawidłowe. Tętno dobrze wypełnione i napięte, 78—80 na minutę, przy temperaturze 38,8^0. Tętnice proste, gładkie, lecz mało elastyczne, twarde, ciśnienie krwi 145/75 mm Hg RR. Jama brzuszna: powłoki wzdęte, miękkie, jedynie po stronie lewej w okolicy esicy lekko napięte; wątroba wyczuwalna $^1/_2$—1 cm spod prawego łuku żebrowego, utkania prawdopodobnie prawidłowego; innych cech stwierdzić się nie dało spowodu dość obfitej podściółki tłuszczowej. Śledziona niepowiększona. Na lewym talerzu biodrowym wyczuwalny opór dość bolesny, odpowiadający wielkością, kształtem, przebiegiem i położeniem pętli esicy. Okolice nerek bez zmian. Badanie przez odbytnicę ujemne. W moczu stwierdzono ledwie dostrzegalne ślady białka, słabo dodatni urobilinogen i urobilinę, pozatem nic szczególnego. W stolcu krew utajona ponownie silnie dodatnia, tłuszcze obojętne. We krwi: c. cz. 5,020.000, Hb 100%; c. b. 13.650; limf. 10,5%; monoc. 3,5%, wieloj. 76,5%, pał. 6,5%, mł. 1%, kwasochł. 1%, zasadochł. 1%, płytki krwi, krwinki czerwone bez zmian (28. XII. 1933).

Badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego nie dało podstaw diagnostycznych. Postawiliśmy przypuszczalne rozpoznanie *colitis ulcerosa, praecipue ad sigmoideum — cum perisigmoiditide?* Nieprawidłowa konsystencja stolców z obecnością krwi utajonej (przy braku objawów skazy krwotocznej, żółtaczki i t. d.) wyczuwalny opór, odpowiadający esicy, pozwalały bowiem umiejscowić schorzenie w przewodzie pokarmowym, a dur brzuszny i dur rzekomy można było wykluczyć, gdyż bradykardję odnosiliśmy do słabości mięśnia sercowego, a pozatem nie było żadnego typowego objawu dla tych schorzeń. Obraz krwi przemawiał wprost przeciw durom. Skoro wyczuwalny guz miał należeć do esicy, trzeba było myśleć o takiej jednostce chorobowej, w której ta część jelita bywa zajęta — a licząc się z silnym odczynem na krew utajoną sądziliśmy, że rozpoznanie nasze najwięcej odpowiada temu stanowi. Brak było coprawda większej ilości stolców z domieszką śluzu, ropy i makroskopową domieszką krwi, znane nam są jednak przypadki tego schorzenia, przebiegające tylko okresowo z czyszczeniami krwawemi, a okresowo mimo toczącej się nadal sprawy z kilku stolcami płynnemi lub półpłynnemi na dobę, z krwią tylko utajoną. Etjologja tego schorzenia jest trojaka: 1) bakteryjna, 2) pełzakowa, 3) alergiczna(?). Wykonane ponownie (4. I. 1934) badania serologiczne obok ujemnego odczynu zlepnego na dur, dur rzekomy, Banga, Weil-Felixa wykazały dodatni odczyn 1 : 1600 ze szczepem czerwonkowym Shiga-Kruse. Uważaliśmy to za laboratoryjne upewnienie rozpoznania, zastosowaliśmy odpowiednią dietę, wlewania do odbytnicy. Gorączki zaczęły się zmniejszać, stan ogólny poprawiać. Badanie krwi wykonane 12. I. 1934 wykazało: c. cz. 5,020.000, Hb 100%; c. b. 9.712; limf. 16%; monoc. 4,5%, wieloj. 75%, pał. 0,5%, kwasochł. 3,5%, zasadochł. 0,5%, płytki krwi i krwinki czerwone bez zmian. Chory ze stanami podgorączkowemi przeniósł się do domu dnia 21. I. 1934. W ciągu dalszej obserwacji stwierdziliśmy, że guz w lewem podbrzuszu staje się coraz wyraźniejszy, twardszy, walcowaty, lecz niewięcej bolesny. Stan ogólny przytem poprawił się, stolce stały się prawidłowe. Jednakowoż mimo że guz uważaliśmy za pochodzący od esicy i sądziliśmy, że mamy tu do czynienia z dalszem stadjum rozpoznawanego schorzenia, a mianowicie z t. zw. *sigmoiditis callosa s. indurativa („pseudocarcinoma")*, mimo że stan ogólny był zadawalający, przedsięwzięliśmy ponowne badanie rentgenologiczne dla wykluczenia raka esicy i dla wyświetlenia, czy nie mamy do czynienia ze zwężeniem światła, co wobec zaznaczającej się niejasności obrazu uprawniłoby do wykonania laparotomji. Badanie wypadło ujemnie. Ponieważ w następnych dniach stwierdzono wzrost guza i przybliżanie się do powłok brzusznych, a wystąpiły ponownie gorączki do 38,5^0 — co tłumaczyć sobie mogliśmy (obracając się ciągle w kręgu przyjętego rozpoznania) jako ożywienie się sprawy zapalnej dookoła esicy ze zwiększeniem się nacieku zapalnego — a i chory wyczuwał już sobie guz, wezwano chirurga (dyrektora szpitala śląskiego Dr. Kubisza), któremu chory oświadczył gotowość poddania się operacji. Został tedy przyjęty na oddział chirurgiczny Śląskiego szpitala dnia 21 lutego 1934 r. i poddany laparotomji. Poprzednio wykonane badanie krwi (3) wykazało c. cz. 5,020.000, Hb 100%; c. b. 16.537; limf. 12,5%, monoc. 13%, wieloj. 66%, pał. 4%, kwasochł. 3,5%, zasadochł. 1%, płytki krwi i ciałka czerwone bez zmian. W następstwie ciężkiego zabiegu chory zmarł na 3 dzień po operacji. Dla lepszego przeglądu opisujemy zmiany anatomo-patologiczne części, uzyskanych przy operacji, razem ze zmianami jelita cienkiego, stwierdzonemi przy obdukcji. Zmian w innych narządach szczegółowo omawiać nie będziemy, ponieważ nie przedstawiały nic szczególnego (poza zwyrodnieniem mięśnia sercowego znacznego stopnia).

Przy laparotomji znaleziono, że guz wrasta w mięśnie powłok. Po uruchomieniu i wyłuszczeniu guza ze ściany przedniej brzucha okazało się, że należy on do górnej części jelita czczego i jest oddalony około 135 cm od *flexura duedeno-jejunalis,* był wielkości pięści. W całości wycięto około 40 cm jelita. U nasady krezki w najbliższem sąsiedztwie guza znaleziono twardy węzeł chłonny wielkości orzecha laskowego, krezka wykazywała powierzchnię zlekka pomarszczoną i była zgrubiała. Po rozcięciu zresekowanego odcinka jelita uwidoczniło się poprzeczne, głębokie owrzodzenie z twardemi brzegami łącznotkankowemi grubości 2 cm. Owrzodzenie o długości 6 cm zajmowało wszystkie warstwy jelita. W części środkowej było katerowate zagłębienie martwicze, brzegi wysterczały w szczególny sposób wałowato-guzowato w światło jelita na wysokość 3 mm i odcinały się ostro od niezmienionej śluzówki otoczenia. Sam naciek był barwy porcelanowo-białej, części środkowe martwicze były zielonawo zabarwione i maziste. Węzeł chłonny u nasady krezki w najbliższem sąsiedztwie owrzodzenia miał na przekroju w środku martwicę o wyglądzie, przypominającym obraz mapy. 5 cm poniżej nacieku znajdowało się na fałdzie śluzówki lekko pomarszczone zaciągnięcie wielkości 2 mm, barwy białawej. Na podstawie zmian we węźle chłonnym i twardych zgrubień wielkiego nacieku ściany jelita oraz małego nacieku w jego sąsiedztwie, można było makroskopowo określić zmiany te jako ogniska ziarnicowe jelita czczego. W dalszym ciągu zabiegu zresekowano jeszcze odcinek 10 cm jelita, w którem znajdowało się podłużne, porcelanowo-białe, zbitej spoistości ognisko wymiarów 3×2 cm, przeświecające przez surowicówkę. I ono wykazywało przy braku powierzchownej martwicy brzegi wałowate z powierzchnią guzowatą, a ku środkowi zagłębienie; naciek ostro odgraniczony od otoczenia; wreszcie stwierdzono przy 2 dni później dokonanej obdukcji na 5 cm i 20 cm poniżej zresekowanych części dalsze dwa poprzeczne podobne nacieki śluzówki, ułożone u nasady krezki jelita czczego, wielkości 1×1 cm. Grubość krezki dochodziła w sąsiedztwie ognisk do 2 cm. Prócz wymienionego węzła chłonnego nie stwierdzono makroskopowo powiększenia żadnego innego węzła w sąsiedztwie rozpadającego się nacieku. Także i wątroba i nerki nie wykazywały ognisk ziarnicy, nie stwierdzono też oznak ziarnicy w pozostałej części jamy brzusznej, ani w klatce piersiowej. Przedsięwzięte natychmiast po operacji badanie zamrożonego skrawka jedynego widocznego, powiększonego węzła chłonnego potwierdziło bez wątpliwości makroskopowe rozpoznanie ziarnicy złośliwej.

Zmiany na wyciętem jelicie oraz zmiany, stwierdzone obdukcyjnie, pozwalały zatem makroskopowo rozpoznawać pierwotną ziarnicę jelita bez zajęcia (makroskopowo stwierdzalnego) węzłów chłonnych z wyjątkiem jednego, z wnikaniem tkanki ziarniczej w mięśnie powłok brzusznych.

Należy podkreślić, że makroskopowe rozpoznanie na podstawie opisanych wyżej cech nie jest trudne, jak długo nacieki nie ulegną rozpadowi, wtedy bowiem występuje podobieństwo do raka *(scirrhus)*, choć ostre odgraniczenie od otoczenia i wałowate brzegi i wówczas są znamienne.

W naszym przypadku wykonano badanie histologiczne skrawków z największego martwiczego owrzodzenia i z 4 nacieków w jelicie czczem, z mięśni powłok, z węzła chłonnego wspomnianego, ze zgrubiałej krezki, ze śledziony, wątroby i nerek. W tych trzech ostatnio wymienionych narządach nie wykazano żadnych zmian ziarniczych.

Obrazy histologiczne pozwalają dzięki różnym okresom poszczególnych zmian ułożyć nieprzerwany szereg stadjów od najpierwszych początków do pełnego rozwoju ziarnicy, a potem do zmian wstecznych. Jeśli rozpatrywać najmniejszy naciek, widać zachowaną jeszcze śluzówkę i podśluzówkę. Śródmiąższowa tkanka śluzówki wypełniona jest nagromadzeniami limfocytów (z zatratą folikułów limfatycznych), które rozprzestrzeniają się od mięśniówki po najbardziej powierzchowne warstwy komórek pokrywowych; tylko w nielicznych małych miejscach w bliskości mięśniówki, widać pojedyńcze nowowytworzone naczynia włosowate i drobne nagromadzenia komórek plazmatycznych oraz większych, jasnych komórek epiteloidalnych z wielopostaciowemi

jądrami. W większych, dalej posuniętych naciekach, rozwijają się liczne naczynia włosowate o napęczniałych ścianach, potem ulegają one pewnemu zwątleniu, a występują liczne pasma komórek kwasochłonnych, zwłaszcza na obwodzie nagromadzeń komórek limfatycznych. Także i stałe komórki łącznotkankowe mnożą się. W dalszym rozwoju utkanie staje się uboższe w komórki, bogatsze w tkankę łączną, a obok wymienionych komórek ukazują się znamienne dla ziarnicy komórki o wielopostaciowem jądrze i Sternberg'owskie komórki olbrzymie; ziarnica dochodzi w ścianie jelita do surowicówki. Widzimy więc ziarnicę w pełnym rozwoju z jej znamienną wielopostaciowością komórkową. W dalszem stadjum tkanka łączna rozwija się coraz obficiej, zmniejsza się wytwarzanie naczyń włosowatych wskutek tłumienia go przez tkankę ziarniczą, w następstwie ulega szklistemu zwyrodnieniu tak, iż później występuje martwica w jelicie, naprzód na powierzchni śluzówki, gdzie występuje *detritus* komórkowy i leukocyty obojętnochłonne wielojądrzaste przy zachowanej jeszcze tylko w zarysach strukturze tkankowej. Z największego ogniska z rozległą martwicą wciska się tkanka łączna ziarnicza *per continuitatem* w ścianę powłok, w której widać mikroskopowo częściowe zastąpienie i odepchnięcie mięśni poprzecznie prążkowanych przez tkankę ziarniczą. Widać również, jak ogniska ziarnicze bujają częściowo w pochewkach mięśniowych wzdłuż większych naczyń krwionośnych. Ziarnica jelita przechodzi tedy bezpośrednio w tkankę mięsną powłok i przerasta ją we większym lub mniejszym stopniu. Tkanka ziarnicza w mięśniach powłok jest częścią w pełni rozwinięta, a częścią przerosła starszemi pasmami tkanki łącznej i komórkami kwasochłonnemi.

Węzeł chłonny z sąsiedztwa dużego ogniska jelitowego wykazuje w środku dużą martwicę, w której zaledwie domyślać się można pierwotnego utkania, a tylko na obwodzie widoczne są skąpe zmiany ziarnicze obok ubogiej w komórki tkanki łącznej.

Krezka składa się z obfitej tkanki tłuszczowej wiotkiej, w której stwierdza się bardzo małe węzełki chłonne, wykazujące w środku w kilku miejscach małe ogniska ziarnicze z wielopostaciowością komórek i pojedynczemi kom. kwasochłonnemi. Te drobne zmiany ziarnicze w krezce stwierdza się jednakowoż tylko w częściach bliskich jelita, w częściach dalszych nie da się ich wykryć. To uderzająco nikłe zajęcie węzłów chłonnych przynależnych pozwala zaliczyć opisany przypadek do zupełnie wczesnej, pierwotnej ziarnicy jelita, w której nieznany zarazek (jad) wniknął w śluzówkę jelita na ograniczonej przestrzeni, wytwarzając narazie pięć większych ognisk. Znamienne jest zajęcie naprzód śluzówki i tkanki pod jej powierzchnią, poczem po zajęciu całej śluzówki wnikanie w mięśniówkę jelita, następnie przekroczenie surowicówki i wnikanie w narządy sąsiednie, czyto, jak w przypadku Josselin de Jong'a w najbliżej leżące pętle jelita cienkiego zzewnątrz z dokonaniem przebicia, czy też, jak w przypadku Heimann-Hatry'ego i Siegmund'a w tkankę macicy, czy wreszcie, jak w naszym, w mięśnie powłok brzusznych, co doprowadziłoby zapewne przy dalszem postępowaniu do wytworzenia się przetoki jelita czczego lub może do zapalenia otrzewnej wskutek przebicia, jak w opisanym przez Nowickiego i innych przypadku. W innych przypadkach występują większe lub mniejsze krwotoki jelitowe (Paltauf, Siegmund, Feller). W naszym przypadku stwierdzano tylko stale krew utajoną w stolcu. Prócz wymienionych powikłań zdarzył się w kilku przypadkach *ileus*.

Leczenia skutecznego niema, zabieg operacyjny wedle przeważnej części autorów przyśpiesza zejście śmiertelne, jednakże Terplan i Pamperl oraz Biehl podają po jednym przypadku z korzystnym przebiegiem pooperacyjnym.

Uwagi epikrytyczne: W zakresie symptomatologji możnaby było zużytkować krzywą gorączkową, która wykazywała przebieg o tyle znamienny, że po początkowym okresie wysokich gorączek, nastąpił okres stanów podgorączkowych, a po kilku tygodniach gorączka znów podniosła się do poprzedniej wysokości, co trwało jednak tylko kilka dni i spowodu wykonania wtedy zabiegu operacyjnego oraz zejścia śmiertelnego nie uwydatniło się wyraźnie. Można więc o krzywej gorączkowej powiedzieć, że zaczynała okazywać typowe zachowanie. Może jeszcze i wygląd języka był taki, jak bywa w ziarnicy złośliwej, coprawda i w niektórych innych chorobach gorączkowych, a więc jakby czerwono lakierowany i podsychający. W schorzeniach nieżytowych przewodu pokarmowego jest raczej obłożony szaro-białym, szaro-żółtym lub szaro-zielonym nalotem. Inna jeszcze okoliczność z przebiegu przypomina nam epikrytycznie objaw ziarnicy złośliwej, mianowicie zachowanie uderzająco dobrego samopoczucia w początkowym okresie wysokich gorączek. Nasz chory mimo gorączek powyżej 38,5^0 spacerował po ulicy i rodzina nie mogła skłonić go do pozostawania w łóżku. To dobre samopoczucie i zdolność do dużych wysiłków fizycznych mimo kilka tygodni trwających wysokich gorączek o typie zwalniającym, wydają się nam szczególnie znamienne dla ziarnicy złośliwej, gdyż widywaliśmy to zachowanie się kilkakrotnie. Niezapomniane pozostanie ono dla nas zwłaszcza przez przykład jednego z lekarzy, chorego na ziarnicę złośliwą, który gorączkował do 39^0 i przez kilka tygodni w okresie dnia, kiedy gorączka była najwyższa, odbywał wizyty w szpitalu i troskliwie opiekował się powierzonymi mu chorymi. Innej choroby gorączkowej nie zmógłby chyba ten prawdziwy heroizm lekarza.

Nie można wkońcu pominąć w rozważaniach epikrytycznych obrazu krwi. Krew badano cytologicznie tylko 3 razy ze względu na wielką niechęć pacjenta poddawania się ukłuciom. Za każdym razem prócz lekkiej leukocytozy nie stwierdzono żadnego znamienia hematologicznego ziarnicy złośliwej. Jednakowoż ta właśnie leukocytoza obojętnochłonna bez wyraźniejszego przesunięcia w lewo mogłaby nasunąć właściwe podejrzenie, jako idąca równolegle z wahaniami temperatury leukocytoza „niezapalna". Te zatem cztery okoliczności (zaznaczony początek typowej krzywej gorączkowej, dobre samopoczucie mimo wysokiej gorączki, język lakierowany i lekka leukocytoza bez cechy zapalnej) można epikrytycznie wymienić, jako przemawiające za ziarnicą złośliwą. Przeciw temu rozpoznaniu ogólnemu przemawiał brak jakiegokolwiek powiększenia węzłów chłonnych, brak powiększenia śledziony, brak wyraźniejszych cech hematologicznych, brak świądu skóry, brak odczynu dwuazowego w moczu, a więc brak wszelkich typowych cech ziarnicy. Cowięcej, guz w okolicy esicy z objawami nieżytu kiszek z odczynem zlepnym z Shiga-Kruse 1:1.600, guz, nabierający w przebiegu choroby cech *pseudocarcinoma*, uzasadniał przez długi czas podejrzenie, że mamy do czynienia z jednostką chorobową, zwłaszcza przez Straussa dokładniej opisaną, a mianowicie *colitis cum sigmoiditide gravi in sigmoiditidem callosam vertens*, przyczem okres biegunkowy miałby być krótki i niewybitny, co nie jest w tej chorobie wykluczone. W takich właśnie wypadkach istnieje możliwość występowania odczynu zlepnego z bakterjami czerwonkowemi, mimo iż niewiadomo, by chory kiedykolwiek na czerwonkę cierpiał (Strauss, str. 324). Trudno nam i teraz uważać odczyn zlepny aż 1:1.600 (dwukrotnie) za przypadkowy wynik laboratoryjny, wobec stwierdzonej innej natury choroby musimy go odnieść albo do przebytej przez chorego czerwonki, o czem nie było mu wiadomo, albo, co prawdopodobniejsze, do przebytego zapewne w czasie wojny szczepienia i reaktywacji ciał zlepnych przez chorobę gorączkową. Tak więc dopiero wynik autopsji wykazał prawdziwy stan rzeczy.

Mamy tedy do czynienia z przypadkiem pierwotnej i odosobnionej ziarnicy złośliwej jelita czczego. Przypadków odosobnionej ziarnicy złośliwej przewodu pokarmowego nie opisano dotąd dużo, prawdopodobnie niewięcej jak 30 w całem piśmiennictwie światowem. Zestawienie piśmiennictwa [1]) podajemy na końcu. Rozpoznania klinicznego nigdy jeszcze dotąd nie postawiono. Tschilow podaje, że w wypadku ziarnicy złośliwej żołądka występował po naświetlaniu promieniami Roentgena odczyn dwuazowy w moczu, co uważa za objaw nadający się do zużytkowania w diagnostyce. Co do przebiegu autorzy zgodnie podkreślają, że jest bardzo szybki, obraz chorobowy jest niejasny, nasuwa podejrzenia durów, gruźlicy kiszek, raka kiszki grubej, nieżytu wrzodziejącego kiszek (jak w naszym przypadku).

W konkluzji opisu anatomicznego należy powiedzieć, że podczas gdy obraz makroskopowy anatomiczny ziarnicy węzłów chłonnych jest ogólnie znany, to ziarnicę przewodu pokarmowego, zwłaszcza odosobnioną, a także i wraz ze ziarnicą uogólnioną opisywano rzadko. Od roku 1913, kiedy ukazał się pierwszy opis Schlagenhaufera, względnie od roku 1907 Leroy'a coraz częściej spotyka się jej opisy, lecz dotąd jak wspomnieliśmy nie osiągnęły one liczby 30, a opisów ziarnicy złośliwej przewodu pokarmowego wogóle jest już około 50. Węzły chłonne krezkowe zajęte były zawsze w mniejszym lub większym stopniu. Toteż niniejsze doniesienie wydaje nam się tem bardziej uzasadnione, skoro sprawa umiejscowiona była jeszcze niemal wyłącznie w przewodzie pokarmowym ze świeżemi zupełnie zmianami. Pozwala to na wglądnięcie w sposób powstawania i szerzenia się tej sprawy niewątpliwie zakaźnej i poparcie

[1]) W przeglądzie piśmiennictwa podajemy prace, opisujące zarówno ziarnicę złośliwą przewodu pokarmowego z innemi też umiejscowieniami tej choroby, jak i odosobnioną. Nie we wszystkich tych pracach jest jasno powiedziane, czy zmiany w przewodzie pokarmowym były rzeczywiście odosobnione, stąd trudność w stwierdzeniu prawdziwej ilości tych przypadków.

poglądu Nowickiego i Siegmunda, iż nieznany zarazek przekracza śluzówkę jelita. Wedle Siegmunda osiedla się on dopiero w tkance siateczkowej podśluzówki, skąd wychodzą opisane zmiany.

Piśmiennictwo:

Bibl: D. Ztsch. f. Chir. 1929. — Biehl: D. Ztsch. f. Chir. 1926. — Catsaras Georgantas: Virch. Arch. T. 216. — Coronini: Beitr. path. An. u. allg. Path. T. 80. — De Groot: Frankf. Ztsch. f. Path. T. 26. — Zbl. f. allg. Path. T. 33. — Drope: Virch. Arch. 1926. — Eberstadt: Frankf. Ztsch. f. Path. T. 15. — Fabian: Zbl. f. allg. Path. T. 22. — Feller: Sitzber. Ver. path. An. Wien, 1933. — Froboese: Ziegl. Beitr. 1927. — Goedel: Arch. f. Derm. u. Syph. T. 130. — W. kl. W. 1929. — Hammelmann: M. Kl. 1933. — Hayden i Apfelbach: Arch. of path. and lab. med. 1927. — Heilmann: Frankf. Ztsch. f. Path. T. 40. — Heimann-Hatry: M. Kl. 1926. — Hoffmann: Langenb. Arch. f. Chir. T. 82. — Josselin de Jong: Frankf. Ztsch. f. Path. T. 31. — Kanner: Ver. d. Chirurgen Wiens, 1925. — Kapstein: Arch. f. Verdkrkh. 1933. — Kaznelson: Wien. Arch. f. inn. Med. 7. — Lange: Frankf. Ztsch. f. Path. 1926. — Leroy: Arch. internat. de Chir. 1907. — Matthes: M. m. W. 1921. — Mittelbach: Zbl. f. allg. Path. T. 55. — Neuber: Zbl. f. Chir. 1925. — Nowicki: P. G. L. 1930. — Virch. Arch. 1931. — Oglobina: Acta chir. Scand. 1929. — Paltauf: Ver. path. An. Wien. 1931. — Pamperl i Terplan: M. Kl. 1925. — Partsch: Virch. Arch. T. 230. — Pissarewa: Arch. f. kl. Chir. 1927. — Redwitz: M. m. W. 1926. — Rolleston: Lancet. 1925. — Schlagenhaufer: Virch. Arch. T. 227. — Zbl. f. allg. Path. T. 24. — Sjövall: Ver. d. Nordwestdeut. Chir. 1927. — Slovaček: Cas. Lek. Česk. 1934. — Steidl: cyt. Schmidt-Weyland p. n. — Strauss: w Kraus-Brugsch. Spez. Path. u. Ther. inn. Krk. VI./321. — Sussig: M. Kl. 1924. — Terplan: Virch. Arch. T. 237. — Thiemer: D. Ztsch. f. Chir. 1927. — Tschilow: M. Kl. 1929. — Vasiliu: Le Sang biol. et path. 1929. — Weinberg: Ztsch. f. kl. Med. 1917.

Prócz tego w wyż wymienionych pracach wzmiankowano przypadki Dürcka i Pitta, bez podania źródła, którego i my, rozporządzając skromnym tylko księgozbiorem w prowincjonalnym szpitalu, dociec nie mogliśmy.

Ogólne: Achard: Cl. méd. d'Hopital Beaujon II. — Fränkel: w Lubarsch-Henke. T. I. — Naegeli: Blutkrkh. 1932. — Schmidt-Weyland: w Kraus-Brugsch. T. uzup. I. — Siegmund: w Lubarsch-Henke. T. IV. — Singer: w Kraus-Brugsch. T. VI/1.

P. S. Już po oddaniu niniejszego do druku stał się nam znany przypadek, ogłoszony przez Laszczkę w Nr. 10 Nowin Lekarskich z 15. V. 1934, obserwowany w roku jeszcze 1931. Nasz przypadek byłby tedy po przypadku Nowickiego nie drugim, ale trzecim w polskiem piśmiennictwie tak, że w Polsce ogłoszono 10% znanych nam z piśmiennictwa światowego przypadków pewnej odosobnionej ziarnicy złośliwej jelit.

Dr. Walerjan SPYCHAŁA, Asyst. Kliniki. Poznań.

Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem perparyny.

Z II. Kliniki chorób wewn. U. P.
Dyrektor: Prof. Dr. W. Jezierski

Ze środków spazmolitycznych stosowanych przy różnych stanach chorobowych z skurczami układu mięśni gładkich zajmowała papaweryna czołowe miejsce. Papaweryna, która jest mieszaniną alkaloidów, wyosobnionych z makowca (opjum), w roku 1848 przez G. Mercka zawiera względnie niską toksyczność oraz swoiste działanie myotropowe na mięśnie gładkie zwłaszcza przewodu pokarmowego. Zapatrywanie dawniejsze, jakoby papaweryna działała paraliżująco na ośrodki nerwowe, budziło pewne wątpliwości co do jej stosowania. Dopiero doświadczenia J. Pala usunęły te obawy, i dały pewność, że papaweryna działa tylko miejscowo t. zn. bezpośrednio na mięśnie gładkie, rozluźniając ich napięcie skurczowe względnie osłabiając ich nadmierną czynność.

Analiza chemiczna wykazała, że papaweryna powstała z połączenia związków benzyloizochinolinowych i wzór jej budowy przedstawiony przez G. Goldschmiedta (1883—1889) został sprawdzony wykonaną syntezą przez A. Picteta i Gamsa w roku 1909.

Wszechstronne badania nad papaweryną zarówno natury chemiczno-analitycznej jakoteż fizjologiczno-eksperymentalnej zaciekawiły zainteresowanych do zastanowienia się nad zagadnieniem, czy nie możnaby drogą syntezy stworzyć analogicznych papawerynie związków, które wykazałyby przy równoczesnem zachowaniu właściwości myotropowych równie silne, o ile nie intensywniejsze działanie spazmolityczne a zmniejszoną toksyczność. Już G. Goldschmiedt zdołał zestawić w swoich badaniach nad strukturą chemiczną papaweryny rozmaite jej pochodne.

Ostatnio wytworzyły zakłady chemiczno-farmaceutyczne: *„Chinoin" w Ujpeszt* koło Budapesztu szereg nowych pochodnych papaweryny, z których na szczególną uwagę zasługuje preparat pod nazwą *„Perparin"*.

Struktura chemiczna perparyny różni się od papaweryny tem, że 4 grupy metoksyowe papaweryny zastąpiono 4 grupami etoksyowemi. Perparyna jest 6 i 7 dwuetoksy, 1—3 i 4 dwuetoksy benzyloizochinolinowym bezwodnikiem chloru o wzorze $C_{24}H_{29}O_4NHCl$. Jest bladożółtym mikrokrystalicznym proszkiem, pozbawionym smaku, trudnorozpuszczalnym w zimnej wodzie i alkoholu, łatwiej rozpuszczalnym w gorącej wodzie, oraz w chloroformie. Punkt topliwości perparyny wynosi 188°.

Jak wynika z badań przeprowadzonych na zwierzętach, perparyna jest cennym środkiem i przedstawia dużą wartość farmakologiczną. Niewątpliwie oba te alkaloidy tak papaweryna jak i perparyna posiadają elektywne działanie na stan skurczowy mięśni gładkich przewodu pokarmowego, żółciowego, moczowopłciowego i układu krwionośnego.

Potwierdziły to badania różnych autorów [1]), którzy przeprowadzali badania na jelicie królika przy pomocy przyrządu Magnusa, wykazując równoznaczne działanie perparyny z papaweryną w postaci obniżania napięcia tonicznego i zmniejszanie rozpiętości ruchów wahadłowych jelit, jednak stwierdzili, że dawki perparyny dwa do trzy razy mniejsze wyraźniej zaznaczały się od papaweryny, a działanie jej rozciągało się na dłuższy okres.

Istnieją liczne dowody, że perparyna działa bezpośrednio na protoplazmę komórek mięśniowych a nie na układ nerwowy. Perparyna bowiem znosi skurcz jelitowy wywołany nietylko przez pilokarpinę, podrażniającą nerw błędny, lecz także przez dwuchlorek baru ($BaCl_2$), który działa trująco na mięśnie.

Dla oceny wartości terapeutycznej badano również siłę spazmolityczną perparyny w stosunku do papaweryny i ustalono na jelitach w stanie skurczowym wywołanym przez acetylocholinę lub dwuchlorek baru efekt przeciwskurczowy wyraźnie silniejszy i to 2—3 krotnie od papaweryny.

Toksyczność perparyny określili B. Issekutz, M. Leinzinger i Z. Dirner, którzy zauważyli przy stosowaniu podskórnem mniejwięcej 5 razy mniejszą jadowitość perparyny od papaweryny, co się tłumaczy niewątpliwie tem, że perparyna jako słabsza zasada ulega w tkance podskórnej łatwiejszemu strąceniu, przez co mniej się wchłania niż papaweryna i dlatego można było stosować perparynę w większych dawkach.

Istotny stosunek toksyczności perparyny i papaweryny stwierdzili wyżej wymienieni autorzy jak i M. Pouchet przy injekcjach dożylnych, sposobem powolnego wlewania 0,5% roztworu, które warunkują istotne badania ciśnienia tętniczego do chwili wstrzymania czynności serca w rozskurczu. U kota wywołała przeciętna dawka 28,7 mg papaweryny na kilogram wagi zwierzęcia gwałtowny spadek ciśnienia aż do linji zero i zwierzę ginęło z objawami porażenia serca. Po perparynie natomiast ciśnienie tętnicze obniżające się w równomiernych odstępach pozostawało jeszcze na wysokości 100 mm Hg po dawce równającej się papawerynie, która jednak powodowała porażenie śmiertelne jak w wyżej podanym przypadku. Dawkę śmiertelną perparyny dla kota ustalono w ilości 61 mg, co świadczy, że perparyna jest przeszło 2 razy mniej toksyczna od papaweryny.

Również H. Langecker i E. Starkenstein ustalili w zakładzie farmakologicznym w Pradze stopień toksyczności perparyny i to: u myszy 3½ razy mniejszy, u żaby 1½, u królika i kota conajmniej 2 razy mniejszy od papaweryny.

Niewątpliwie zmniejszenie się współczynnika toksyczności perparyny po zastosowaniu jej doustnem lub podskórnem jest bardzo ważne a dawki śmiertelne dowodzą nietylko o mniejszej toksyczności perparyny, ale także o lepszem jej znoszeniu, gdyż doświadczenia na zwierzętach upewniają o trudniejszem powstawaniu intoksykacji.

Jak zdołano sprawdzić, dawka terapeutyczna perparyny równomierna z papaweryną uwydatnia się nietylko zmniejszoną toksycznością, lecz własnością swego korzystnego działania leczniczego.

---

[1]) Jak podałem w dziale piśmiennictwa.

Z tych więc względów zasługuje perparyna na szczególne wyróżnienie z dotychczasowych środków przeciwskurczowych.

Opierając się na tych doświadczeniach jak i świadom wyników badań klinicznych J. Pala i innych klinicystów podjąłem się opracowania osiągniętych wyników w II. klinice chorób wewn. Uniw. Poznańskiego. Do badań i leczenia użyłem perparyny w postaci proszku — pigułek, czopków i zastrzyków w dawce od 0,02 do 0,06 w miejsce dotąd stosowanej papaweryny i eupaweryny. Z licznie przeprowadzonego leczenia u pacjentów z rozmaitemi chorobami, przytaczam w krótkiem streszczeniu kilka odosobnionych przypadków.

Pacjentka Wł. K. lat 37, znacznie wychudzona uskarżała się od szeregu miesięcy na tłoczenia i bóle żołądka, występujące po jedzeniu, które wywoływały częste wymioty; badanie rentgenoskopowe wykazało skurcz odźwiernika i możliwość istnienia wrzodu dwunastnicy. Zastosowana dieta i leczenie środkami przy takich objawach zwykle stosowanych jakkolwiek wstrzymywały wymioty — nie usunęły jednak tłoczenia w żołądku. Po zastosowaniu przez kilka dni perparyny (początkowo zastrzyki, później tabletki) osiągnięto jaknajlepszy wynik, ponieważ pacjentka nie doznawała żadnych bólów, poczęła opuszczać łóżko i przybierała na wadze.

Pacjent J. W. lat 42 z rozpoznaniem: *neurosis ventriculi et hyperaciditas* miewał silne bóle połączone z skurczem żołądka i czkawką występującemi przy nachylaniu podczas pracy. Stosowano mineralja zasadowe i belladonę, które na niejaki przeciąg czasu przyniosły ulgę. Leczenie takie atoli nie przyczyniło się do polepszenia i po pewnym czasie podczas większego zdenerwowania cierpienia powróciły ze wzmożoną siłą. Podana natomiast doustnie perparyna w postaci proszku usunęła zupełnie dolegliwości, które się dotąd od września ub. r. nie ponowiły.

Również na schorzały narząd żółciowy działanie perparyny wykazało skutki dodatnie.

U pacjentki M. P. lat 82, stwierdzono kamicę żółciową, żółtaczkę silną z odbarwionym stolcem — moczem ciemnobronzowym zawierającym barwiki żółciowe. Pozatem miewała chora ataki kolki i wymioty. Badanie kliniczne wykazało woreczek żółciowy wyraźnie wymacalny poprzez wiotkie powłoki, wielkości większej gruszki, wątroba powiększona, sięgająca 2—3 cm powyżej pępka o brzegach zgrubiałych. Zastosowany pantopon jakkolwiek zstępiał bóle, nie wpływał lecząco i pacjentka poczęła wysoko gorączkować. Spowodu podeszłego wieku nie można było jej poddać operacji, wobec tego rozpoczęto leczenie perparyną w połączeniu z pantoponem w postaci zastrzyków i nazajutrz już kolki ustąpiły, także temperatura opadła a dalsze leczenie przyczyniło się do zanikania żółtaczki jak i dolegliwości wywołanych kamicą żółciową. Pacjentkę zwolniono ze znacznie polepszonym stanem zdrowia. Stosując konsekwentnie perparynę, 2 amp. dziennie, skraca się w znacznej mierze okres leczenia żółtaczki t. zw. nieżytowej *(icterus catarrhalis)*, jak to miałem sposobność stwierdzić. Pewien lekarz węgierski, który przekonał się o dobrych wynikach leczenia żółtaczki nieżytowej perparyną, wpadł na pomysł, że choroba ta przypuszczalnie powstaje na podłożu spastycznem.

Także J. Pal, E. Forfota, A. Korányi, J. Balázs, W. Berkessy stwierdzali niezawodne działanie perparyny w stanach skurczowych przewodu pokarmowego i narządu żółciowego — a więc we wrzodzie żołądka i dwunastnicy, nerwobólach żołądka, kurczach przełyku, nieżycie okrężnicy, zwłaszcza kurczowym.

Szereg ciekawych faktów osiągniętych stosowaniem perparyny przytaczają S. Szentkirályi i Z. Szira i to w przypadkach dotyczących urologji. Tak np. Szentkirályi stwierdzał w pięciu przypadkach nierzeżączkowego zapalenia pęcherza moczowego po zastosowaniu jednego względnie dwóch zastrzyków ustępowanie w przeciągu kilku dni parcia na mocz jak i skurczów pęcherza a po 8—10 dniach całkowite wyleczenie. W sześciu przypadkach silnego skurczu zwieracza pęcherza moczowego zastrzyki i podanie 2 tabl. perparyny umożliwiały w krótkim czasie spontaniczną mikcję. Perparyna łagodziła również skurcze i bóle względnie usuwała je na pewien czas w przypadkach kamicy nerkowej, kamyków moczowodowych, zapalenia najądrza, powrózka nasiennego i sterczu.

Pozatem perparyna okazała się skutecznym środkiem pomocniczym przy badaniu pęcherza moczowego oraz moczowodów, usuwając skurcze i boleści, powodujące często przeszkodę w czasie wykonywania zabiegów.

Dalsze zastosowanie znajduje perparyna w schorzeniach dróg oddechowych, zwłaszcza oskrzeli. Jak wykazały doświadczenia na zwierzętach farmakologów B. Issekutza, M. Leinzingera i Z. Dirnera zapomocą metody perfuzyjnej oskrzeli Sollmanna i Oettingena, perparyna rozcieńczona od 1/200 tys. do 1/600 tys. działa rozszerzająco na oskrzela, gdy papaweryna ten sam skutek wywołuje dopiero w rozcieńczeniu od 1/100 tys. do 1/50 tys. Zdaniem autorów działa perparyna na oskrzela intensywniej od efedryny (syntetycznej).

Toteż znaczną wartość przedstawia ten środek w dychawicy oskrzelowej i rozedmie płuc, jak to miałem sposobność przekonać się. Przytaczam spomiędzy wielu jeden przypadek dotyczący pacjentki H. S. lat 32, która od szeregu lat cierpiała na dość silną, często nagle pojawiającą się duszność oraz dolegliwe bóle w okolicy bocznych i tylnych żeber. Napadom duszności towarzyszyły zadyszka i brak powietrza, charakterystyczne objawy dla dychawicy oskrzelowej. Podanie perparyny w injekcji spowodowało chociaż tylko przejściowe przerwanie napadu duszności, jednak co najważniejsze przyniosło pacjentce wyraźną ulgę.

Wpływ perparyny rozciąga się również na układ krążenia krwi, powodując u hipertoników przejściowe obniżenie parcia tętniczego. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że perparyna stosowana dożylnie wywołuje przejściowe obniżenie ciśnienia tętniczego.

Tak jak papaweryna tak też i perparyna zmniejsza reakcję czynnościową wytwarzaną przez adrenalinę. B. Issekutz, A. Nyáry i E. Botz stwierdzili po dożylnem zastosowaniu perparyny w takiej dawce, która nie wywoływała wpływu na naczynia, zmniejszanie się działania naczyniozwężającego adrenaliny i wpływ ten był dwukrotnie silniejszy, niż po równowysokiej dawce papaweryny.

Badania kliniczne przeprowadzone tak u hipertoników jak i u zdrowych nad wpływem perparyny na układ krążenia w postaci zastrzyków dały wyniki następujące: w 4 przypadkach u zdrowych stwierdziłem obniżenie ciśnienia tętniczego o 15—41 mm Hg. Podana podskórnie perparyna zostaje szybko wessana powodując spadek ciśnienia tętniczego mniejwięcej po 10 min., punkt kulminacyjny spadku mniejwięcej po 15 min., a po 30—40 min. zanik jej działania. Natomiast u hipertoników o bardzo wysokiem ciśnieniu (220 mm Hg i powyżej) zdołałem się przekonać tylko w jednym przypadku na trzy o przejściowem obniżeniu parcia tętniczego. U takich z ciśnieniem poniżej 220 mm Hg — stwierdzałem nieraz spadek parcia tętniczego po podskórnem zastosowaniu perparyny.

Perparyna nie jest zatem wskazana, jeżeli zachodzi konieczność trwałego obniżania parcia krwi, jednak posiada ona właściwości wyrównawcze w przypadkach zakłóconego krążenia krwi oraz w stanach z ostrem zaburzeniem w ciśnieniu tętniczem.

Z powyższego wypływa, że posiadamy w perparynie środek o wysokiej wartości leczniczej. Jest ona środkiem niezawodnym, jednak należy stosownie do stanów chorobowych jak i indywidualnych pacjenta zmniejszać względnie zwiększać dawki, co jest bez szkody dla zdrowia chorego a to dla jej niskiej toksyczności. Najwyższa natomiast dawka nie może przekraczać 0,35—0,40 g perparyny.

Perparyna działa bezsprzecznie skuteczniej i silniej, niż inne środki spazmolityczne, co umożliwia stosowanie perparyny w przypadkach, w których podawanie papaweryny okazało się niewystarczające i wymagało łączenia z innemi środkami.

Perparynę można stosować doustnie i parenteralnie w postaci proszku 0,04 g, tabletek lub czopków oraz w postaci zastrzyków domięśniowych i dożylnych. W większości przypadków wystarczy ją podawać doustnie 3 razy dziennie po 1 tabl. Jest ona wolna od wszelkiego nieprzyjemnego smaku, czem ułatwia przyjmowanie zwłaszcza w przypadkach podrażnienia wymiotnego.

Streszczenie.

Perparyna jako środek przeciwskurczowy o działaniu myotropowem, ze swą przewagą przeszło dwukrotnie większą od papaweryny, a to dla swej skuteczności, dłuższego okresu działania fizjologicznego na komórkę gładkomięśniową, znajdującą się w stanie skurczu oraz dwu- do trzykrotnie mniejszą toksycznością, okazała się niezawodnym środkiem, bezsprzecznie najlepszym wśród środków spazmolitycznych w stanach skurczowych towarzyszących wrzodom żołądka i dwunastnicy, kamicy żółciowej, zapaleniu woreczka żółciowego i dróg żółciowych, nieżytom przewodu pokarmowego, kamicy nerkowej i nieżytom przewodu moczowego oraz dychawicy oskrzelowej.

Z dodatnim skutkiem działa perparyna w żółtaczce t. zw. nieżytowej oraz w stanach angiospastycznych.

Jak wyżej podano, nie powoduje ona żadnych powikłań ani szkód dla ustroju.

Piśmiennictwo:

1) E. Merck's: Jahresbericht 1930. 44. Str. 12. — 2) J. Pal: Deutsch. Med. Woch. 1930. Nr. 40. — 3) Wolfes i Kreitmar: Deutsch. med. Woch. 1930. Nr. 40. — 4) J. Pal: Wiener med.

Woch. 1931. Nr. 7. — 5) J. Pal: Klin. Woch. 1931. Nr. 49. — 6) H. Langecker i E. Starkenstein: Klin. Woch. 1931. Nr. 49. — 7) B. Issekutz, M. Leinzinger i Z. Dirner: Arch. exper. Path. und Pharmac. Bd. 164. H. 1/3. — 8) B. Issekutz, A. Nyáry i E. Botz: Arch. exper. Path. und Pharmac. 164. H. 1/3. — 9) E. Forfota i A. Korányi: Aerztl. Woch. 1931. Nr. 26. — 10) B. Issekutz: Aerztl. Woch. 1931. Nr. 39. — 11) W. Berkessy: Aerztl. Woch. 1931. Nr. 42. — 12) J. Balázs: Heilkunde. 1931. Nr. 32. — 13) A. Adler: Heilkunde. 1932. Nr. 6. — 14) S. Szentkirályi: Aerztl. Woch. 1932. Nr. 43. — 15) Z. Szira: Orvosi Hetilap VI. 1933. — 16) D. Ettinger: Wiener kl. Wochschr. 1933. Nr. 30. — 17) M. Pouchet: Bulletin de l'Acad. de Méd. t. CX. Nr. 41, 1933. — 18) W. Bincer: Nowiny Lekarskie. Zeszyt 1, 1934. — 19) St. Klukow: Pol. Gaz. Lek. Nr. 14. 1934.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 31—32, 1934. Glaessner K.: Leczenie choroby wrzodowej pepsyną. — Kapłan A. W., Fryszman W. i Kramarz J.: Dwa przypadki białaczki. — Thursz D.: Model rozszerzadeł macicznych własnego pomysłu. — Halberówna W.: O serodiagnostyce gruźlicy (dok.). — Grzywo-Dąbrowska M.: Przyczynek do psychologji i psychopatologji młodocianych samobójców według ankiety Min. W. R. i O. P. za okres 1930—1932 r. (c. d.).

Przegląd Zdrojowo-Kąpielowy. Nr. 6. 1934. Karczyński A. i Pieniążek J.: Wskazania, mechanizm działania i wyniki leczenia zdrojowiskowego w Niemirowie. — Kaczyński A.: Higjenistki przyrodolecznicze. — Korczyński L.: Wpływ klimatu górskiego na narząd krążenia (dok.). — Korczyński L.: Podział klimatów.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 15—16, 1934. Fabierkiewicz W.: Gdzie tkwi źródło nadmiernego ciężaru ubezpieczeń społecznych? — Czerwiński St.: Rola lekarza przy stosowaniu środków zabezpieczających w walce z przestępczością. — Huszcza A.: Międzynarodowa wycieczka lekarska do Estonji. — Łuniewski W.: Medycyna społeczna i lekarskie życie zawodowe zagranicą.

Położna. Nr. 7—8. 1934. Eljaszówna A.: O zakażeniach ropnych. — Newlińska H.: Z zakresu higjeny ciąży. — Żurakowski K.: Sprawozdanie Zarządu Świetlicy T. S. L. im. Król. Jadwigi dla kobiet dorosłych (uczenic Państwowej Szkoły Położnych) przy Kole Grunwaldzkiem T. S. L. we Lwowie za I półrocze 1934. — Pomazańska: Wycieczka do Żółkwi.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 33. 1934. Krauze St.: Badania nad mate-herbatą Ameryki Południowej. — Miszczak St.: Wartości leczniczo-odżywcze mleka koziego.

Przegląd Fizjologji Ruchu. Nr. 1—2. 1934. Mydlarski J.: Sprawność fizyczna młodzieży w Polsce. — Cebertowicz K.: Wpływ pracy fizycznej na obraz morfologiczny krwi. — Kryszczyński E.: Badania nad wymianą gazową u człowieka w czasie pracy. — Titz J.: O wpływie wysiłku fizycznego (ruchu) na kwasotę soku żołądkowego. — Żeligowska J.: Morfologja krwi i odczyn myogenny a konstytucja. — Żeligowska J.: Próba indywidualizacji ćwiczeń cielesnych.

Medycyna Praktyczna. Nr. 7. 1934. Białynicki-Birula T.: Przyczynek do leczenia przetok gruźliczych. — Janusz W.: O osmoterapeutycznym współczynniku w leczeniu swoistem kiły nerwowej w świetle własnej praktyki. Wstępne uwagi o znaczeniu roztworów cukru w medycynie (dok.). — Swiniarski M.: O wartości leczniczej tranu aktywowanego.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 34. 1934. Kästenblatt S.: Nieobowiązujący przepis. Na marginesie przymusu kredytowania ubezpieczalniom społecznym.

OCENY.

Niemoc płciowa i bezpłodność u mężczyzn. Dr. Stanisław HIGIER, z 8 rycinami i 1 tablicą poza tekstem. Wydawnictwo „Eskulap", Warszawa, 1934.

Przed dwoma laty przedstawiłem w P. G. L. ocenę pięknej pracy autora w języku francuskim: *Les fonctions sexuelles mâles.* Wówczas wspomniałem o mającej się zjawić drugiej części kliniczno-terapeutycznej. Tym razem tenże autor sprawił nam miłą niespodziankę książką polską, obejmującą oprócz części anatomopatologicznej również i część kliniczno-terapeutyczną. Dzieło niniejsze obejmuje w streszczeniu cały obszerny zakres seksuologji męskiej na 251 str. Podawszy na wstępie pojęcie niemocy płciowej w mowie potocznej i patologji nowoczesnej, przechodzi autor szczegółowe dane z anatomji i fizjologji narządu płciowego, omawiając szczegółowo istotę wzwodu obwodowopochodnego i psychopochodnego. Rozdział III przedstawia dane z psychologji i psychofizjologji czynności płciowej, o erekcjotwórczej podniecie psychicznej i emocjach popędowych: detumescencyjnym, deturgescencyjnym, kontrektacyjnym, amplektacyjnym i t. d. Patologja anereksji stanowi treść rozdziału IV. Trafnie rozróżnia tu autor: przeszkody w zjawianiu się erekcji w momencie aktu płciowego, leżące a) w obrębie samych podniet psychicznych lub powiązania ich z somatyką, b) w działaniu wzwodu psychopochodnego, c) w mechanizmie wzwodu obwodowopochodnego, d) w mechanizmie wytryskowym, e) w aparacie erekcyjnym miejscowym.

Obszernie następnie omawia autor patologję erekcji psychopochodnej, zwłaszcza niedorozwój sfery psychoseksualnej: anerotyzm, hipoerotyzm, aseksualizm, ontogeniczne niepowiązanie emocyj popędowych z somatyką, rozbierając objawy zaburzeń i tłumacząc psychologicznie skomplikowane te stany. („Drzazgi psychiczne"). Zakończenie rozdziału stanowią treściwe uwagi anatomiczne.

Dalszy ustęp poświęcony jest patologji odruchowości erekcji obwodowo-pochodnej, przyczem mimochodem wspomina anhedonizm i hipohedonizm, t. j. stan, przy którym jednostka nie odczuwa „przyjemnościowego" charakteru podniet płciowych. W zakończeniu tego rozdziału znajdujemy patologję anerekcji, zależnej od aparatu obwodowego i szczegółowe omówienie przeszkód erekcji.

Rozdział V omawia anomalje i perwersje w zadawalaniu pociągu płciowego, jako czynnik chorobotwórczy niemocy płciowej. Rzecz o onanizmie jest wyczerpująco przedstawiona, przyczem autor nie pomija i sprawy „polucjonizmu" t. j. chorobliwe wzmożenie częstości polucyj nocnych i łatwość zjawiania się ich. W dalszym ciągu przedstawione są perwersje *„in objecto"*, sodomja, homoseksualizm, perwersje *in acto (fellatio)* (mineta) i *cunnilungus*. W ustępie anormalnych sposobów spółkowania znajdujemy *coitus reservatus i coitus condomnatus*. Na zakończenie przedstawia autor ewentualne szkodliwości perwersji i krytyczne uwagi o abstynencji płciowej, jako czynnika etjologicznego niemocy.

Rozdział VI podaje krytykę teoryj etjologicznych niemocy płciowej. Nie pominął tu autor i psychoanalizy Freuda, teorji hormonalnej niemocy, koncepcji psychologji indywidualnej Adlera, jako próby zsyntezowania czynnika psychopochodnego z somatopochodnym w patologji nerwic płciowych.

Rzecz o przebiegu klinicznym niemocy płciowej absolutnej i względnej (stała, trwała, okresowa, sporadyczna, postępująca, utrzymująca się), znajdujemy w rozdziale VII z dodaniem kilku historyj chorób. Klasyfikację niemocy płciowej podaje autor w rozdziale VIII. „Rozbieżność — mówi autor — między klasyfikacją budowaną na naszych wiadomościach teoretycznych a klasyfikacją użyteczną praktycznie, zwłaszcza zaś dla celów terapeutycznych, jest z roku na rok w obrębie niemocy płciowej większa". Z tego też powodu klasyfikacja autora wydaje się uzasadniona.

Bardzo pouczający jest rozdział IX. Wywiady, rzecz trudna. Od siebie dodam, że i w innych dziedzinach medycyny wewnętrznej poznajemy lekarza ze sposobów uzyskania wywiadów. Ten rozdział wprawdzie krótki, jest doskonały, jak niemniej rozdział X: badania kliniczne.

Jeden z najobszerniej opracowanych jest rozdział XI: o wytrysku przedwczesnym. Omówiwszy szczegółowo dane anatomiczne i fizjologiczne, polispermję, oligospermję, aspermatyzm, unerwienie dróg wytryskowych, mechanizmy inerwacyjne, przechodzi autor do patologji wytrysku przedwczesnego, ilustrując swe uwagi historjami chorób.

Rozdział XII zawiera terapję, która — zgodzić się trzeba z autorem — „znajduje się właściwie *in statu nascendi*". Góruje tu nad całą terapją zasada: „wywoływanie chociażby sporadycznie normalnie przebiegającego wzwodu u pacjenta albo też umożliwienie mu skorzystania z takiego wzwodu w celu odbycia normalnego stosunku płciowego". Mowa tu o wytrenowaniu osobowości psychoseksualnej, jaknajdalej idace zindywidualizowanie, pokonanie trudnego szkopułu partnerki „płciowej", „dietetyka płciowa", zalecenia „namiastki spółkowania — nieraz w miarę możności". Z metod leczniczych znajdujemy tu rzecz o leczeniu mechanicznem (aparaty) — jako środek pomocniczy ze względów psychoterapeutycznych. Przeciwwskazania: wytrysk przedwczesny z anerekcją u chronicznych onanistów. Obszernie przedstawiona jest opoterapja niemocy płciowej. Zaleca się: wyciągi

jądrowe, zwłaszcza w postaci „uderzeń" t. j. dawek wielkich w ciągu krótkiego czasu z następową przerwą i szeregiem nowych „uderzeń" w odstępach nieregularnych.

Autor zachwala zastrzyki Richtera *(Extr. testiculor. concentr. pro inject.)* — przeciwwskazań niema. W przypadkach „niedorozwoju" opoterapja przysadkowa, z całego gruczołu lub z przedniego płatu. Opoterapja gruczołem tarczowym u chorych hipotyreotycznych, w postaciach z trwałym wytryskiem przedwczesnym, najczęściej preparaty wielogruczołowe, w małych dawkach tyreoidyny, mają przeciwwskazanie w objawach bazedowoidalnych. Insulina nawet u cukrzycowych jest bezskuteczna. Z adrenaliny ani z kortyny nie widział autor wyników dodatnich, również z działania szyszynki. Mimochodem wspomina autor i o wyciągach z gruczołu krokowego; osobiście widział dodatnie wyniki z większych dawek padutyny (efekty erekcjotwórcze).

W zakresie leczenia farmakologicznego omówiwszy *„aphrodisiaca"*, autor podkreśla, że nie istnieją substancje działające wybiórczo, tylko i jedynie na mechanizm wzwodu. Przyznaje, że silniejsze dawki afrodyzjaków są szkodliwe. Johimbina tylko wtedy nie działa, gdy aparat nerwowo-płciowy jest niedorozwinięty lub gdy powód niemocy zależy wyłącznie lub głównie od „znacznego osłabienia czynnika hormonalnego — erotyzującego". Szkodliwa jest w chorobach nerek i wątroby, w przypadkach hipotonji znacznej, w schorzeniach gruczołu krokowego, w parkinsonizmie. Przypadki niemocy płciowej czynnościowej, przypadki pourazowe i jako lek dodatkowy, gdy chodzi o uzyskanie łatwiejszych i częstszych wzwodów — to są najczęstsze wskazania. Nie należy podawać johimbiny w wytrysku przedwczesnym o podłożu konstytucjonalnem; szkodliwe są tu nawet pojedyncze wstrzyknięcia johimbiny epiduralnie. Do wewnątrz podaje się: *Yohimbini hydrochlorici* 0,003—0,01 *pro dosi*, a do 0,02 *pro die, in substantia* lub w miksturach; podskórnie w zastrzykach 0,003—0,01 *pro dosi et die;* epiduralnie (metoda Cathelin-Lissmana) w ilości 0,005—0,015 w 10—20 cm^3 rozczynu fizjologicznego soli co kilka lub kilkanaście dni. Podawanie dłuższe (niż 2—3 miesiące bez przerwy) prowadzi do gwałtownego spadku wzwodu.

Kantarydy, działające szkodliwie na nerki i pęcherz, w pewnych przypadkach mogą być stosowane ostrożnie, u zresztą zdrowych i młodych pacjentów, jako *Tinct. Cantaridarum* 2 razy dziennie po 3—5 kropel w ciągu kilku dni, przy diecie oszczędzającej nerki i kontroli moczu. Nigdy razem z johimbiną.

Extr. fluid. Muirae Puamae, środek słabo działający, podawany bywa w dawce 15—25 kropel, 2—3 razy dziennie.

W grupie jadów wegetatywnych wspomina autor sporysz: *Ergotini* 0,1—0,15 3 razy dziennie, dalej *Cornutini citrici* 0,003 *pro dosi* w proszkach; *Extr. Belladonnae* 0,01—0,015 głównie w przypadkach wytrysku przedwczesnego, wreszcie efedrynę po 0,05 × 2—3 razy dziennie. Z alkaloidów makowca znajduje zastosowanie papaweryna, eupaweryna. Pewną wartość ma: *Valleriana, Castoreum (in substantia* 0,1—0,25, lub w kroplach: 15—40 na dzień), *Calcium gluconatum.*

Krótki ustęp o wodolecznictwie, zwłaszcza o zabiegach wodą ciepłą i gorącą, nasiadówkach gorących, kąpielach ciepłych i z CO_2 i t. d. uzupełnia ten dział.

W ustępie o leczeniu miejscowem zaznacza autor, że przyżeganie zwłaszcza wzgórka nasiennego jest szkodliwe, elektroterapja małą ma wartość, po diatermji zwłaszcza jąder widuje się czasem działanie korzystne, taksamo przy stosowaniu aparatu *„Pelithe"*, łączącego działanie ciepła (elektrycznego) i emanacji radowej. Również i naświetlanie jąder jest przeciwwskazane, natomiast zalecają autorzy stosowanie radu.

Omawiając metody operacyjne, przedewszystkiem „zabiegi odmładzające" przeszczepami gruczołowemi, nie zaprzecza, że „wpływ na wzmożenie sprawności płciowej (Harms, Woronow i Dartigues) potwierdzany był wielokrotnie — zależy wszakże od indywidualności szczepionego i rodzaju niemocy (anhormonalni, *climax masculinus,* cielesny infantylizm u młodych i t. d.)". I podwiązywanie nasieniowodu (Steinach: podwiązanie w obrębie drogi pomiędzy jądrem a najądrzem) w przypadkach przedwczesnego starzenia się ma wartość problematyczną. Sympatykodiaftereza Dopplera wzmacnia samopoczucie ogólne, nie posiada przeciwwskazań — dotąd wszakże materjał za szczupły do oceny.

O poważnem znaczeniu psychoterapji w niemocy płciowej traktuje następny ustęp, również o metodzie perswazji i sugestji na jawie. Trudno sądzić o wynikach. Również i metody sugestyj hipnotycznych, jak i psychoanaliza (Freuda) poddane są szczegółowej krytyce.

Rozdział XIII podaje zestawienie szczegółowe leczenia według postaci zaburzeń. W przypadkach całkowitego aseksualizmu psychicznego w wieku dojrzałym leczenie jest beznadziejne; w przypadkach hiposeksualizmu stosuje autor systematycznie *Inj. testiculor. concentr.* Richter, codziennie lub co drugi dzień, domięśniowo w ciągu 3—5 tygodni z kilkudniową przerwą po każdych 10 zastrzykach. Zastąpić można ewentualnie preparatami polskiemi: *Inj. Testolipoid* oraz *Inj. extr. testicul.* Spiess, albo *Inj. Testiculi* Henninga w dawkach o wiele wyższych, 2—3 ampułek dziennie. „Testogan" Blocha, Hormotoninę Klawego, Apocyninę Laleufa — wszystkie po 1 ampułce dziennie. Systematycznie stosuje autor w przypadkach niedorozwoju cielesnego, zaleca się naprzód opoterapję „aktywującą" hormony płciowe *Gladuantin* i *Antephysan* Richtera lub *Ant-Hypophyse* Choay lub *Extr. Hypophys. ant.* Spiess — później przechodzi autor do intensywnej opoterapji jądrowej — dłużej jednak niż 3 mies. nie stosuje opoterapji. Wyjątkowo wskazane są preparaty „poliglandularne" ewentualnie i krótka serja naświetlań przysadki. Cenne są uwagi terapeutyczne o impotencji w parkinsonizmie pośpiączkowym na tle zapalenia rdzenia i urazów rdzeniowych, w wiądzie rdzenia. U cukrzycowych zaleca autor opoterapję przysadkową lub przysadkowo-jądrową, papawerynę (0,03 × 2—3 dziennie), przegrzewanie jąder aparatem *„Pelithe"*, kąpiele CO_2.

Szczegółowo omawia autor niemoc płciową czynnościową, impotencje toksyczne, anerekcje inkoherencyjne sporadyczne, szczególniej zwracając uwagę na „dietetykę płciową". Cenne uwagi oparte na dużem doświadczeniu zawiera „Leczenie przedwczesnego wytrysku" w odróżnieniu od przyspieszonego wytrysku.

Ostatni XIV rozdział zawiera wyczerpującą rzecz o „bezpłodności i niepłodności", *Ejaculatio deficiens, aspermatismus, Azoospermia,* bezpłodność względna, obraz kliniczny, wywiad i badanie bezpłodności męskiej, a wreszcie leczenie przedstawione tylko w treściwym zarysie. Bardzo interesujące jest tabelarne przedstawienie niemocy płciowej anerekcyjnej i wytrysku przedwczesnego. Ilustracje podług Bochenka, Weila, Müllera są wzorowe.

W całości przedstawia dzieło Stanisława Higiera znakomicie opracowaną męską niemoc płciową; benedyktyńska pracowitość autora, szeroki horyzont i wnikliwe podejście lekarskie i psychologiczne na każdym kroku w rozwiązaniu trudnego tego zadania przynosi zaszczyt autorowi. W literaturze polskiej — dość szczupłej w tym zakresie — zajmie niewątpliwie poczesne miejsce, a pod względem krytycznej, usprawiedliwionej oceny terapji zasługuje na szczególniejsze wyróżnienie. Styl i język wszędzie wzorowy — tu i ówdzie znajdujemy drobne usterki: objawy dementywne, udrożnienie, uniedrożnienie, odmóżdżenie, percypowanie i t. p. *Pisek* (Lwów).

Niepłodność i niemoc płciowa u kobiet. Dr. med. Wilhelm SZENWIC. Wyd. lek. „Eskulap", 1934.

Temat, poruszony przez autora, jest szczególnie ważny dla lekarzy-praktyków — toteż książka ta może im oddać bardzo cenne usługi. W poszczególnych rozdziałach łatwym i dostępnym stylem są omówione przyczyny, rozpoznanie i leczenie niepłodności, a osobny rozdział traktuje o sztucznem zapłodnieniu. Autor wypowiada się za rozszerzaniem szyi i ewentualnem skrobaniem macicy w przypadkach zwężenia ujścia. Postępowanie takie znajduje obecnie coraz mniej zwolenników wśród klinicystów, jedynie w praktyce prywatnej ma ono jeszcze zastosowanie. Dalej przemawia autor za przedmuchiwaniem trąbek jako metodzie nietylko rozpoznawczej lecz i leczniczej, natomiast nie radzi stosować salpingografji. Leczenie hormonalne niepłodności i omówienie niemocy płciowej uzupełniają to bardzo wartościowe dzieło. *H. Newlińska* (Lwów).

Le dualisme de la contraction cardiaque. (Dwoistość skurczu serca). J. HENRIJEAN. Masson et Comp. Paris, 1933.

Przed kilku laty zdałem sprawę w P. G. L. z innej pracy autora [1]). Obecnie leży przed nami praca przedśmiertna słynnego fizjologa i kardjologa-lekarza, praca, której poświęcił 30 lat życia, a którą zapowiadał w przedmowie do dzieła przedtem omówionego, znakomity kardjolog Vaquez.

W dziele niniejszem, ozdobionem dziesiątkami elektrokardjogramów, zdumiewa nas nadzwyczajna pracowitość eksperymentatora, rozległy horyzont uczonego, fizjologa i lekarza i zarazem filozoficznie wykształconego myśliciela. Rzecz cała nie nadaje się do streszczenia, musi być przez czytelnika studjowana. Pojęcie daje w przybliżeniu treść rozdziałów w skróceniu: Wstęp o skurczach sercowych; serce płodowe. Elektrokardjogram: teorje bieżące, wykład autora, działanie czynników pobudzających, spostrzeżenia Rijlant'a, załamek T, związki pomiędzy zjawiskami mięśniowemi a zjawiskami elektrycznemi, działanie chloroformu. — Część druga zawiera: tłumaczenie elektrokardjogramów, nerwy pozasercowe (n. błędny, nerw współczulny). Działanie apomorfi-

[1]) *Le coeur, les médicaments cardiaques et l'eléctrocardiogramme.* (Serce, leki nasercowe i elektrokardjogram).

ny, HCl, jonów K i Ca. Chronaksja. Adrenalina. Działanie katjonów na serce. — Część trzecia: Wnioski. Początek i sposób powstawania (formowania się) podniety w sercu. Skurcze dodatkowe. Drgania włókienkowe. *„La lecture est parfois ardue"* (czytanie jest czasem trudne) powiada współpracownik — wydawca dzieła; od siebie dodam bardzo trudne i istotnie nużące, mimo ogromu treści przebogatej w fakty i hipotezy. Badacz znajdzie tu skarbnicę głębokich i owocnych myśli i poglądów, obejmujących różnorodne prace serca. *Pisek* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

O znaczeniu kory mózgowej w ustanowieniu asymetrji chronaksyj nerwów symetrycznych u szczurów prawo- lub lewo-orjentujących się. H. H. JASPER i MARTHE BONVALET. C. R. de la Soc. Biol. T. 116, nr. 25, 1934.

Na wstępie autorowie powołują się na wyniki swej poprzedniej pracy, że u szczurów prawo-orjentujących się stosunek chronaksyj kształtuje się: w łapce prawej przedniej 2/1, tylnej 1/2; w łapce lewej przedniej 1/2, tylnej 2/1 (stosunki wyrażają proporcje chronaksji prostownika: chron. zginacza). Odwrotny obraz kształtowania się stosunków wartości chronaksymetrycznych otrzymali autorowie u szczurów lewo-orjentujących się. Autorowie wyrażając przypuszczenie, że stosunki owe zależą od większej lub mniejszej przewagi funkcjonalnej kory mózgowej okolicy czołowej strony przeciwległej (dośw. Petersona), wpływali na tę część kory jużto przez jej wycięcie, jużto przez jej czasowe wyłączenie drogą znieczulenia kokainą lub oziębienia. W tych okolicznościach znaleźli odwracalność obrazu stosunków chronaksyj, np. u szczura prawo-orjentującego się po zniszczeniu lub wykluczeniu odpowiedniej okolicy kory mózgowej półkuli lewej spostrzegali zmianę na charakterystyczne ustosunkowanie się chronaksyj antagonistów kończyn, takie, jakie zazwyczaj obserwowali u lewo-orjentujących się osobników. *W. S. Hołobut* (Lwów).

Eksperymentalne palenie papierosów u zwierząt. E. MICHLIN i A. MINKOWSKI. Centr. Med. Żurnał. T. XIII. Nr. 4, 1934.

Celem zbadania wpływu palenia na błonę śluzową górnych dróg oddechowych autorowie przy pomocy specjalnej maski zmuszali 6 królików do „palenia papierosów" od 3—6 dziennie. W okresie doświadczenia stwierdzono ogólne osłabienie królików, niedowład tylnych kończyn i brak apetytu. Po 2—3 miesiącach zwierzęta zabijano; badanie histologiczne wykazało zmiany destrukcyjne w górnych drogach oddechowych, a mianowicie: wessanie chrząstki małżowin nosa, zwyrodnienie komórek nabłonka pokrywającego, zanikanie naczyń, przerost gruczołów tkanką łączną i zmiany wsteczne w chrząstkach krtani i tchawicy.

M. Segal (Lwów).

O zawartości żelaza w osoczu krwi i w moczu w stanach prawidłowych i w niedokrwistości. A. MARLOV, F. H. L. TAYLOR. Arch. of Int. Med. Nr. 4, 1934.

Zawartość żelaza we krwi osobników normalnych wynosi od 0,4—0,7 mg na 100 cm³, podczas gdy w moczu wynosi ona od 0,03—0,8 mg na dobę. W 3 przypadkach niedokrwistości z hipochromemją, a to na tle przewlekłego stwardnienia (1 przyp.) oraz Biermera (2 przyp.), zawartość żelaza nie odbiegała od normy. Po podaży doustnej żelaza zarówno osobnikom zdrowym jakoteż z niedokrwistością nie stwierdzono różnic w zawartości żelaza we krwi ani w moczu. Jedynie tylko u zdrowych zanotowano w tym wypadku lekkie wzmożenie wydzielania żelaza z moczem.

Z. Tomanek (Lwów).

Podskórne injekcje bezwodnika węglowego jako leczenie doświadczalnie wywołanego zapalenia nerek solami uranu. L. BINET i J. MAREK. C. R. de la Soc. Biol. T. 116. Nr. 25, 1934.

Wychodząc z założenia, że przy doświadczalnie wywołanych azotanem uranu zapaleniach nerek zachodzi nagły, znacznego stopnia i trwały spadek zasobu zasad krwi, starali się autorowie przeciwdziałać środkami podwyższającemi zasób zasad ustroju. I rzeczywiście, jak wykazały ich poprzednie doświadczenia, injekcje podskórne surowicy nasyconej dwuwęglanem sodowym okazały się skuteczne; króliki w ten sposób traktowane przechodziły zapalenie nerek szybko i przeżywały kontrolne. Obecnie autorowie zastosowali zamiast injekcyj surowicy dwuwęglanowej, wprost podskórne podawanie bezwodnika węglowego w stanie gazowym w ilości 50 cm³ 2 razy dziennie.

Na 12 królików z ciężkiem zapaleniem nerek skutkiem azotanu uranowego przeżyło 9 po traktowaniu powyższym sposobem, zaś początkowo u nich silnie zaznaczona azotemja i oligurja granicząca prawie z kompletną anurją ustąpiły i powróciły stosunki normalne w czasie od 12 do 18 dni leczenia.

W. S. Hołobut (Lwów).

Przetaczanie krwi a obrona kraju. M. SZYNDLER. Centr. Med. Żurn. T. XIII. Nr. 2. 1934.

Przetaczanie krwi będzie pierwszym i niezastąpionym środkiem w warunkach przyszłej wojny. Autor zwraca uwagę na konieczność wprowadzenia „paszportów" z oznaczeniem grupy krwi. Dotyczy to przedewszystkiem armji stałej, części rezerwy, roczników poborowych i niektórych gałęzi przemysłu. Bardzo ważną sprawą jest popularyzacja idei wzajemnej pomocy koleżeńskiej i ofiarności w udzielaniu krwi własnej. „Traumatyzm" przyszłej wojny będzie wymagał organizacji „fabryk krwi". Ponieważ krew dawców będzie niewystarczająca, konieczne są dalsze badania w sprawie wyzyskania krwi ze zwłok.

Jednem z ważniejszych zagadnień jest masowa produkcja jednolitej aparatury do przetaczania krwi i zaopatrzenie w tę aparaturę służby zdrowia. *M. Segal* (Lwów).

O transporcie krwi konserwowanej. L. BORNSZTEJN i S. ROZENBERG. Centr. Med. Żurn. T. XIII. 2. 1934.

Liczne doświadczenia autorów wykazały, że do transportu krwi konserwowanej najbardziej nadaje się samolot, gdyż krew znacznie mniej ulega wstrząsaniu aniżeli przy transporcie samochodowym. Skomplikowane sposoby opakowania okazały się niecelowe. Najlepszym materjałem do opakowania są: wata, „wióry" papierowe a szczególnie siano. Napełnianie naczyń do szyjki jest bezwarunkowo konieczne. *M. Segal* (Lwów).

Przetaczanie krwi ze zwłok. I. TICHOMIROW i P. ONISIMOW. Centr. Med. Żurn. T. XIII. Nr. 2. 1934.

Wykonano 10 przetaczań krwi ze zwłok. Krew przechowywano do 8 dób. W jednym przypadku pobrano krew w 14 godzin po śmierci. We wszystkich przypadkach (silne krwotoki żołądkowe, uszkodzenie tętnicy biodrowej, oparzenie) — uzyskali autorowie dobre wyniki. *M. Segal* (Lwów).

Nowa serja przetaczania krwi ze zwłok. M. G. SKUNDINA. Centr. Med. Żurn. T. XIII. Nr. 4. 1934.

Nowa serja obserwacji stwierdza możliwość przetaczania krwi ze zwłok ludziom żyjącym. Krew topielców nie nadaje się do przetaczania. Wynik przetaczania zależny jest do pewnego stopnia od stanu wątroby odbiorcy krwi.

Obserwacje autora wykazały, że przetaczanie krwi ze zwłok jest potężnym czynnikiem leczniczym przy wstrząsie i krwotokach żołądkowych. Szczególnie skuteczne są duże dawki krwi stosowane dwukrotnie. *M. Segal* (Lwów).

O możliwości przeniesienia ostrego zakażenia przy przetaczaniu krwi. I. GOLANDSKI i I. ROGOZIN. Centr. Med. Żurn. T. XIII. Nr. 4. 1934.

U pacjenta ze skazą krwotoczną wykonano przetaczanie krwi od dawcy, który znajdował się w okresie wylęgania tyfusu plamistego. Pacjent zachorował na tyfus plamisty. Autorowie stwierdzają, że wybierając dawców krwi należy liczyć się z możliwością przeniesienia ostrego zakażenia a w szczególności tyfusu plamistego. Dlatego proponują jako dawców osoby (szczególnie w okresie epidemji), które przechodziły tyfus najmniej sześć miesięcy przed pobraniem u nich krwi. *M. Segal* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Kiła i gruźlica jako schorzenia antagonistyczne. D. MEERSON (Odesa). Centr. Med. Żurn. Nr. 2. 1934.

Rzeczywiste schorzenia antagonistyczne gruźlicy nie istnieją. Jako schorzenia antagonistyczne należy uważać stany konstytucjonalne (artretyzm) względnie schorzenia, które hamują rozwój procesu gruźliczego, nadając mu charakter dobrotliwy, przewlekły. Pod tym względem szczególne znaczenie posiada kiła trzeciorzędna, wisceralna dzięki swoistemu przestrojeniu organizmu w kierunku wzmożenia tendencji sklerogenicznej i hiperprodukcji łącznotkankowej.

Autor obserwował 82 przypadków współistnienia kiły i gruźlicy. I grupa: 3 osoby w przebiegu otwartej gruźlicy zakażone kiłą; we wszystkich przypadkach kiła spowodowała pogorszenie gruźlicy i ciężkie szybko postępujące zmiany rozpadowe. II grupa: 34 osoby, od pierwotnego zakażenia kiłowego do ujawnienia procesu gruźliczego upłynęło 1—10 lat. Stwierdza się charakter włók-

nisty gruźlicy ze skłonnością do bliznowacenia. III grupa: 46 osób, zakażenie kiłowe poprzedza gruźlicę na 11—30 lat. Stwierdza się dobrotliwy przebieg gruźlicy, rzadko utratę zdolności do pracy, nadmierny rozwój tkanki łącznej z przemieszczeniem śródpiersia lub bronchjektazji.

Autor obserwował, że energiczne leczenie przeciwkiłowe pogarsza współistniejącą gruźlicę dzięki zahamowaniu tendencyj „fibrosklerogennych" organizmu luetyka. Wnioski: 1) gruźlica może mieć przebieg rozmaity w zależności od tego, z jakim okresem kiły współistnieje w organizmie; 2) przewlekła dobrotliwa postać gruźlicy może ulec obostrzeniu pod wpływem zakażenia kiłowego; 3) charakter włóknisty gruźlicy jest tem wybitniejszy, im dłuższy okres czasu dzieli zakażenie gruźlicze od poprzedzającego je zakażenia kiłowego. *M. Segal* (Lwów).

Przyczynek do zagadnienia etjologji gruźliczej gośćca stawowego A. KULKA. Med. Klin. Nr. 18. 1934.

Reiterowi i Löwensteinowi udało się w 82 przypadkach gośćca stawowego wykazać prątki gruźlicy we krwi.

Gdyby zakażenie gruźlicze i schorzenie gośćcowe pozostawały w związku przyczynowym, to należałoby się spodziewać objawów świeżego zakażenia czy uogólnienia sprawy *(phlyctaena, Erythema nodosum, pleuritis* i t. d.) bezpośrednio po, czy przed wystąpieniem schorzenia gośćcowego.

Autorka posługuje się materjałem z kliniki dziecięcej Wiednia, zgłaszającym się ze schorzeniami gośćca stawowego między rokiem 1923—1933, i dochodzi do wniosku, że większa znacznie część dzieci z gośćcem stawowym jest niewrażliwa na tuberkulinę. W przypadkach oddziaływania na próby tuberkulinowe wywiady wskazują na zakażenie się gruźlicą dużo wcześniej przed schorzeniem gośćcowem; objawów uczynnienia gruźlicy nie spostrzegano.

Doświadczenia autorki wykazują, że ujemne próby tuberkulinowe nie mogą być przypisane czasowej anergji ustroju podczas schorzenia gośćcowego. Udało się wykonać próby tuberkulinowe u 4 z tych dzieci, u których Löwenstein w swoim czasie wykazał prątki gruźlicy we krwi. Te dzieci nie oddziaływują na tuberkulinę w ilości do 1 mg, nawet teraz po 1—2 latach. W tych przypadkach, według obecnego stanu wiedzy, schorzenie gruźlicze musi być wykluczone, a chodziło o przejściową bacylemję, przy której nie doszło nigdzie do osiedlenia się prątków ani tem bardziej do wytworzenia gruźliczej tkanki. Ponieważ większa część dzieci ze schorzeniem gośćcowem nie oddziaływa na próby tuberkulinowe — gruźlicze tło schorzenia gośćcowego jest nieprawdopodobne. *J. Jaskólska* (Kraków).

Leczenie ropnych schorzeń płuc i opłucnej zastrzykami alkoholu. BRUELL. Med. Klin. Nr. 16 i 17. 1934.

Landau tłumaczy mechanizm działania alkoholu, zastosowanego dożylnie, przez jego specjalne powinowactwo do nabłonka siateczkowego płuc, dzięki czemu działa on na ognisko chorobowe w szczególnie wysokiem stężeniu. Przy doustnem wprowadzeniu alkoholu jest on w ogromnej masie zatrzymany przez naczynia włosowate jelit i wątroby, a do miąższu płuc dochodzi tylko w bardzo ograniczonej ilości.

Autor zmienia sposób Thursza, który po raz pierwszy w 1928 roku wprowadził dożylne wstrzykiwania 33% alkoholu w ilości od 25—370 cm³ w posocznicy po porodzie i podaje 15% roztwór alkoholu w ilości 10—40 cm³, co ma być znoszone dobrze.

Autor uzyskał zadowalające wyniki przy leczeniu rozstrzeni oskrzeli: mianowicie z 8 chorych poddanych temu leczeniu u 3 uzyskano daleko idącą poprawę. Pierwsze 2—3 wstrzykiwania wykonywał w dniach następujących po sobie, a następną serję wstrzykiwań stosował po 6 dniach przerwy, zależnie od obrazu chorobowego. Uzyskał zadawalające wyniki przy ropniach płuc, przy krupowem zapaleniu płuc, przy zapaleniu płuc odoskrzelowem. Przy gruźlicy żadnego działania nie zauważono.

Charakterystycznem jest, że te przypadki uległy daleko idącej poprawie, czy wyleczeniu, które już na pierwsze zastrzyki alkoholu reagowały dobrze, t. j. zmniejszeniem ilości plwociny, odwonieniem plwociny, cofnięciem się gorączki i t. d., chociaż i w tych wypadkach zdarzało się po pewnym czasie pogorszenie a na ponowne wstrzykiwania chory nie reagował.

Szczególnie dobre wyniki autor uzyskiwał w ropniach opłucnej. Po odpuszczeniu ropy przepłókiwał jamę opłucną roztworem fizjologicznym soli, a potem 15% alkoholem, który zostawiał w opłucnej w ilości 20 cm³. Autor zauważył brak pobudzenia do kaszlu przy tem postępowaniu, co zwykle ma miejsce przy płókaniu innemi środkami.

Wyleczenie następowało też szybciej, mianowicie po 2—3 przepłókaniach. Dotąd zaobserwowane wyniki skłaniają, zdaniem autora, do dalszych badań. *J. Jaskólska* (Kraków).

Wyniki chirurgicznego leczenia hemogenji. R. GREGOIRE. Nutrition. T. III. Nr. 6. 1933.

Po wycięciu śledziony ustępują natychmiast objawy hemogenji. Dłuższa obserwacja wykazała, że u 15—20% operowanych pojawiły się powtórnie objawy skazy krwotocznej; pierwszym jej objawem jest przedłużenie czasu krwawienia.

Mester (Kraków).

Objawy kliniczne hemogenji. P. ISCH - WALL. Nutrition. T. III. Nr. 6. 1933.

Hemogenja, częstsza u kobiet, charakteryzuje się wybroczynami na skórze i błonach śluzowych, krwotokami z błon śluzowych, czasami krwiomoczem, krwawemi stolcami, krwotokami macicznemi w okresie dojrzewania, lub krwotokami wywołanemi czynnikami mechanicznemi np. z dziąseł po czyszczeniu szczoteczką. Pierwsze charakterystyczne objawy występują zwykle w okresie dojrzewania (miesiączki krwotoczne, krwotoki maciczne). Hemogenja może występować pod postacią poronną lub umiejscowioną (krwotoki z dróg rodnych, lub z nosa i t. d.).

Mester (Kraków).

Hemogenja. P. EMILE - WEIL. Nutrition. T. III. Nr. 6. 1933.

Hemogenja jest to przewlekła skaza krwotoczna, charakteryzująca się przedłużeniem czasu krwawienia, prawidłowym czasem krzepnięcia, niekurczliwością skrzepu, znacznem zmniejszeniem ilości płytek krwi — objawy te napotyka się również w czasie wolnym od krwotoków i wybroczyn. Skaza ta istnieje głównie u kobiety — pierwsze jej objawy występują w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania. Obok hemogenji istnieją zespoły hemogeniczne w postaci wybroczyn i krwotoków w przebiegu schorzeń wątroby, w przypadkach powiększenia śledziony, w chorobie Basedowa i w obrzęku śluzakowatym. Czasami istnieją równocześnie dwie skazy krwotoczne: hemogenja i krwawiączka.

Mester (Kraków).

Leczenie operatywne bólów sercowych w dusznicy bolesnej. Vl. JAKOVLEVIČ. Medicinski Pregled. Nr. 4. 1934.

Autor widział dobry wynik, po wyjęciu *ganglion stellatum* wedle Leriche'a i Fontaine'a. *Leszczyński* (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

O histeroskopji. GEORGES LUYS. Soc. Fr. de Gyn. Nr. 3. 1934.

Autor podaje własną metodę endoskopji zapomocą specjalnego przyrządu swego pomysłu. Zaznacza, że bezpośrednie oglądanie śluzówki macicy ma doniosłe znaczenie, gdyż pozwala nietylko zauważyć zmiany na śluzówce, lecz umożliwia również stosowanie leczenia pod kontrolą wzroku wprost na chore miejsce.

H. Newlińska (Lwów).

O zatorach płucnych po operacjach ginekologicznych. W. MUELLER. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 3.

Praca statystyczna, obejmująca przypadki zatorów płucnych po operacjach ginekologicznych za ostatnie 13 lat na klinice hamburskiej. Z pracy tej wynika, że podnoszone przez wielu autorów znaczne wzmożenie się przypadków zatorów pooperacyjnych znalazło potwierdzenie i w zestawieniu autora, gdyż odsetek zatorów płucnych w ostatnich 6 latach wzrósł o 65% w porównaniu z latami dawniejszemi. Szczególnie usposabiają do tego powikłania operacje na macicy włókniakowatej oraz operacje w przypadkach raka macicy. Niemałą rolę grają i właściwości osobnicze chorych operowanych, a przedewszystkiem choroby serca, naczyń krwionośnych oraz ogólne otłuszczenie. Rodzaj narkozy mało wpływa na wystąpienie zatorów płucnych. Natomiast ważne znaczenie przypisuje autor technice operacyjnej oraz prowadzeniu okresu pooperacyjnego. Podczas operacji zasadą powinno być jaknajwiększe oszczędzanie tkanek i staranna aseptyka. Po operacji starać się trzeba o ciągłe dostarczanie wody organizmowi, głównie pod postacią kroplówek i dożylnych zastrzyków glukozy, gdyż doświadczalnie udowodniono, że pozbawienie ustroju płynów usposabia do powstawania zakrzepów. Niemniejsze znaczenie posiada również odpowiednie przygotowanie chorych, przeznaczonych do operacji. Chodzi tu przedewszystkiem o pobudzenie serca do energiczniejszej pracy, zwłaszcza u osób predysponowanych do zatorów; autor stosuje u takich chorych podawanie naparstnicy przez czas dłuższy. Po operacji również podaje się nieprzerwanie środki nasercowe.

Po wystąpieniu objawów zakrzepu zaleca autor zupełny spokój. O ile zakrzep wytworzy się w nodze, to prócz unieruchomienia kończyny nie zaleca autor unoszenia nogi ku górze. Pijawek nie stosuje. W przypadkach zatoru tętnicy płucnej 3 razy

wykonano operację Trendelenburga, jednakowoż chore zmarły. Autor jest zdania, że w przypadkach zatorów płucnych śmierć następuje nietyle spowodu uduszenia się, ile niewydolności mięśnia sercowego. I dlatego w pierwszym rzędzie zaleca stosowanie środków nasercowych oraz tlen do wdychania.

Ze względu na wielkie niebezpieczeństwo zakrzepów i zatorów pooperacyjnych, wskazanie do operacji winno się stawiać bardzo oględnie. *J. Lenczowski* (Lwów).

Kleszcze Demelina w zastosowaniu klinicznem. B. STĘPOWSKI. Ginek. Pol. T. XIII, z. IV—VI. 1934.

Opis mało w Polsce znanych kleszczy Demelina. Są to kleszcze nieskrzyżowane, mające zamiast metalowej rączki taśmy przeprowadzone przez otwory w poszczególnych ramionach, umożliwiające pociąganie główki w osi miednicy. Taśmy te zastępują drążek metalowy charakterystyczny dla kleszczy typu Tarniera, Brensa i t. p. Drugą cechą charakterystyczną jest przesuwalny chwytnik środkowy, który zabezpiecza główkę przed zbyt silnym uciskiem.

Mimo pewnego uchwycenia główki kleszcze Demelina umożliwiają swobodne przesuwanie główki płodu i unikanie nastręczających się po drodze przeszkód, nie wyłączając celowych poprawek mechanizmu porodowego.

Jako kleszcze wychodowe ustępują kleszcze Demelina wszelkiego rodzaju kleszczom o większem wygięciu miednicowem i nie powinny służyć do wytaczania główki przed szparę sromową. Budowa kleszczy Demelina utrudnia ich szybkie nałożenie, natomiast zaoszczędza siły operatora. Kleszcze Demelina mogą znaleźć zastosowanie przedewszystkiem w praktyce klinicznej.
M. Segal (Lwów).

Nowy sposób zakładania kleszczy Kjelland'a. WILKENS BEVILAQUA. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Z. 4. 1934.

Spowodu niebezpieczeństwa, jakie nastręcza rozciągnięty dolny odcinek macicy przy zakładaniu kleszczy Kjelland'a w typowy sposób — autor podaje pewną modyfikację, polegającą na tem, że rodzącą układa się na boku (przy położeniach Cz. I na boku prawym, przy Cz. II na boku lewym) i wprowadza się łyżkę wprost pod spojenie, zakładając ją jak przy zwykłych niskich kleszczach. Sposób ten nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa ani trudności technicznych i może być wykonany nawet przez osoby mało wprawne. *H. Newlińska* (Lwów).

W sprawie nakładania kleszczy w położeniach miednicowych. GAUCHERAND i BROCHIER (Lyon). Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Z. 4. 1934.

Przypadki położeń miednicowych, w których nóżka spowodu ustalenia się pośladków we wchodzie nie może być ściągnięta, nadają się, zdaniem autora, do nałożenia kleszczy. Technika, podana przez Olivier'a jest najlepsza. Polega ona na tem, iż kleszcze nakładają się na kończyny dolne, chwytając je w wymiarze międzykrętarzowym — łyżki nie uciskają wtedy jamy brzusznej płodu i nie ześlizgują się wzdłuż części miękkich. Autorowie podają dokładnie sposób zakładania kleszczy.
H. Newlińska (Lwów).

Zaciśnięcie moczowodów w schorzeniach ginekologicznych. O. FRANCKE i G. GATOSKI. Pres. Méd. Nr. 8. 1934.

Autorowie opisują trzy przypadki obustronnych zapaleń przydatków i dwa przypadki włókniaków macicy, w których wykonano przed względnie po zabiegu operacyjnym zdjęcia rentgenowskie nerek i moczowodów. Autorowie dochodzą do wniosku, że: 1) dokładna znajomość stanu dróg moczowych ułatwia postawienie wskazania do operacji, 2) umożliwia rozpoznanie ewentualnych zmian w narządzie moczowym i wyleczenia ich przed operacją, 3) wykonana pyelografja tłumaczy nam często, czemu mimo operacji dolegliwości nie ustępują.
Z. Rychlowski (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Protokół posiedzenia z dnia 18 marca 1933 roku.
Przewodniczący: Wice-prezes Kol. Batawia.

1. Kol. Batawia wygłosił odczyt: *„Kiedy i jak należy usunąć migdałki u dzieci"*.

Problem migdałków od dziesiątków lat do chwili obecnej nie przestaje być wciąż aktualnym tematem na łamach literatury medycznej. Są wśród lekarzy konserwatyści, którzy nie chcą odmówić migdałkom pewnej roli w rozwoju organizmu i decydują się na usunięcie migdałków dopiero po wypróbowaniu wszystkich innych środków leczniczych (farmaceutycznych, balneologicznych i klimatycznych). Inni natomiast każdy nieco tylko wysunięty poza przedni łuk migdałek uważają za coś wrogiego dla organizmu dziecięcego, co musi być koniecznie usunięte.

Dwa są sposoby operowania migdałków: 1) *tonsillotomia,* gdy usuwa się tylko część migdałka albo nadmiernie wysuniętą poza łuki, albo chorobowo zmienioną, 2) *tonsillectomia,* gdy wyłuszczamy cały migdałek wraz z jego otoczką. Walka między zwolennikami pierwszego i drugiego sposobu operowania, rozpoczęta od chwili zaproponowania tonsilektomji przez lekarzy amerykańskich przed 30 laty, nie ustała dotychczas i sprawa ta jest stale wentylowana na zjazdach laryngologicznych i na łamach piśmiennictwa lekarskiego.

Przedstawiwszy wskazania do tonsilektomji, prelegent konstatuje, że we wszystkich tych przypadkach mamy do czynienia z przewlekłem zapaleniem migdałków. Cierpienie to u dzieci jest rzadsze, niż u dorosłych, albowiem trzeba dłuższego czasu dla rozwinięcia się przewlekłego procesu zapalnego, a więc i wskazania do tonsilektomji u dzieci są rzadsze. Często powtarzające się ropnie okołomigdałkowe należą w wieku dziecięcym do rzadkości, nieznaczne wahania ciepłoty pochodzenia migdałkowego u dzieci poniżej lat 10 występują rzadko; również rzadziej, niż u dorosłych, spotykamy u dzieci reumatyzm na tle przewlekłego zapalenia migdałków. Natomiast często widujemy u małych pacjentów zapalenie nerek po anginach i zapalenie wsierdzia. Stosunkowo często u dzieci spotykamy przerost migdałków, któremu towarzyszą zazwyczaj wyrośle adenoidalne.

Następnie prelegent omawia konserwatywne leczenie migdałków (przerost i chroniczne zapalenie), przyczem dłużej zastanawia się nad leczeniem promieniami Roentgena, które może mieć zastosowanie jedynie w wyjątkowych wypadkach (np. hemofilja) i nie daje zupełnego wyleczenia. Po omówieniu sposobów usuwania migdałków: tonsilotomji, metody Sludera i chirurgicznego wyłuszczenia migdałków, prelegent przechodzi do omówienia, w jakich przypadkach każda z tych metod ma zastosowanie.

Zasadą postępowania winno być: nieduże migdałki, lecz chore podlegają operacji; bardzo duże migdałki, stanowiące przeszkodę przy oddechaniu, należy operować — wystarczy w tych przypadkach tonsilotomja: migdałki miernie powiększone, lecz zdrowe i niebędące źródłem zakażenia, winny być pozostawione w spokoju. O ile dziecko z miernie powiększonemi migdałkami często zapada na anginy, miewa dłuższy czas stany podgorączkowe, ma zmiany w sercu, lub białkomocz, względnie krwiomocz, w tych razach należy usunąć migdałki sposobem Sludera. Przy małych migdałkach, o ile one są źródłem zakażenia, stosujemy zależnie od przypadku albo chirurgiczne wyłuszczenie, albo sposób Sludera. Pamiętać też należy, że źródłem częstych niedomagań u dzieci z powiększonemi migdałkami są wyrośle adenoidalne, usunięcie których bez zabiegu na migdałkach często uzdrawia małych pacjentów.

W końcu swego odczytu prelegent porusza sprawę wpływu tonsilektomji na odporność dzieci na choroby zakaźne. Na podstawie dużej statystyki, przeważnie amerykańskiej, prelegent dochodzi do wniosku, że wyłuszczenie migdałków powiększa odporność dziecka na zarazek błonicy, nie jest jednakże jeszcze pewne, czy uodparnia ono przeciw płonicy. (Streszczenie własne).

W dyskusji: kol. Halemanowa zapytuje, czy istnieje związek pomiędzy przerostem 3 migdałka, a prognatyzmem.

Kol. Szaniawski przypomina, że niektórzy autorzy uważają przerost migdałków za skazę, którą można leczyć innemi metodami. Co do odporności dzieci na płonicę po wyłuszczeniu migdałków, własna obserwacja kolegi Sz. nie wykazuje, aby dzieci z małemi migdałkami rzadziej zapadały na płonicę.

Kol. Stefan Kon zapytuje, czy były próby usuwania migdałków zapomocą elektrokoagulacji.

W odpowiedzi prelegent odpowiada, że pomiędzy prognatyzmem, a przerostem 3 migdałka związek bezwzględnie istnieje; elektrokoagulacja daje tylko tyle, co i galwanokaustyka: nie można całkowicie zniszczyć całego migdałka wraz z otoczką, a bywają sprawy umiejscowione poza otoczką — *peritonsillitis.*

2. Kol. Batawia pokazał chorą z *częściowem przyrośnięciem prawej strony języka do dna jamy ustnej na tle przebytego w dzieciństwie owrzodzenia:* chora ma nieco utrudnione niektóre ruchy języka i nieco niewyraźnie mówi.

3. Kol. Szaniawski demonstruje *dwoje dzieci z guzami w tkance podskórnej kończyn górnych.*

1) Dziewczynka $13^1/_2$ lat, chora od pół roku, ma gniecenie w dołku, brak apetytu; przed rokiem światłowstręt i ból oczu; przed 8 mies. zauważyła na wewnętrznej powierzchni ramienia

2 guzki wielkości orzecha włoskiego. (Matka chorej nie żyje z ojcem, podobno chorowała na katar płuc, kilka razy roniła??). Dziewczynka b. szczupła, asteniczna, o długiej klatce piersiowej, o skąpej tkance tłuszczowej, blada. Przy obmacywaniu stwierdza się brak wyrostka mieczykowatego, co potwierdza rentgenogram, ponadto prześwietlenie wykrywa powiększenie wnęk płucnych. Skóra czysta, blada. Na wewnętrznej powierzchni prawego ramienia 2 guzki w tkance podskórnej wielkości orzecha włoskiego, przy ucisku umiarkowanie bolesne, pokryte skórą o lekko sinawem zabarwieniu. W płucach nieznacznie zaostrzony wydech między łopatkami. Serce i narządy jamy brzusznej bez zmian chorobowych. Zęby równe, mało karjetyczne. Śluzówka jamy ustnej bez zmian. Na rogówkach obu oczu nieduże zmętnienia, źrenice słabo reagują na światło (orzeczenie okulisty kol. Marczewskiego: *nubeculae utriusque corneae post keratitidem parenchymatosam)*. Odruchy ścięgniste i skórne zachowane. Słyszy dobrze. Inteligencja żywa. Mocz bez białka i cukru. Pirquet —, Mantoux 1/10.000 słabo dodatni. Wassermann we krwi ++++. (Ojciec chorej przyznał się, że przed 18 laty chorował na kiłę). Wzór krwi według Schillinga nie odbiega od normy — nieznaczna przewaga leukocytów wielojądrzastych obojętnochłonnych 52%. Hb 81%, czerw. ciałek 4.450.000; białych ciałek 5.600; wskaźnik barwny 0,8.

Przy pierwszem badaniu chorej można było myśleć o guzach pochodzenia gruźliczego — *scrophuloderma*. Jednak dodatni odcz. Wassermanna we krwi, przebycie *keratitis parenchymatosa* (bardzo rzadko tło gruźlicze), stygmata takie, jak brak wyrostka mieczykowatego, słaba reakcja źrenic na światło, skłaniają do rozpoznania *lues hereditaria tarda* i nasuwają przypuszczenie, że guzy w tkance podskórnej są swoiste. Chora od kilku dni otrzymuje wcierki szarej maści, brak jednak leczniczego działania takowych na konsystencję guzków nasuwają myśl o zakażeniu mieszanem.

Jako *pendant* do poprzedniego przypadku, kol. Sz. pokazał drugą dziewczynkę w wieku 1 rok, 10 mies., chorą od pół roku, o typie *scrophulosis torpida*, otyłą, z długiemi rzęsami, która ma na wewnętrznych powierzchniach obu ramion również w tkance podskórnej 2 guzki wielkości orzecha laskowego, chełbocące, niebolesne przy ucisku, takież 2 guzki na obu udach. Skóra nad guzkami zaczerwieniona o odcieniu sinawym. Pirquet ++, Mantoux 1/1000 +++. Wassermann we krwi —. Narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych. W tym przypadku mamy do czynienia z wyraźną skrofulodermą tkanki podskórnej. (Streszczenie własne).

W dyskusji: kol. F r e n k e n b e r g stwierdza, że pierwsza chora ma też lekkie zgrubienie obojczyka prawego *(periostitis)*, co przemawia również za kiłą.

4. Kol. H a l e m a n o w a pokazała *9-letniego chłopca z guzem z epigastrium, podejrzanym o lymphosarcoma*.

Chłopiec 9 l., o wątłej budowie, źle odżywiony. Matka przed 6 laty zmarła, podobno na gruźlicę płuc. Dziecko blade. Kaszle mało. Klatka piersiowa w dolnej części rozszerzona. W dolnych partjach płuc stłumienie. Nad górnemi płatami rzężenia. W *epigastrium* wyczuwa się dużych rozmiarów guz, sięgający poniżej pępka, dolny brzeg jego ostry, przy oddechaniu ruchomy. Śledziona niemacalna. Po kilku dniach objawy w płucach poza stłumieniem ustąpiły. Roentgen wykazał tylko ograniczenie ruchomości przepony. Badanie moczu zmian nie wykazało. Wassermann —. Białych ciałek krwi przed leczeniem 20.000, po leczeniu 13.000, czerwonych ciałek krwi 4,000.000, potem 4,700.000, ponadto anizocytoza i mikrocytoza. Leczenie: arsen i naświetlania Roentgenem. Rozpoznanie: umiejscowienie i ruchomość dolnego brzegu guza przemawiają za guzem z lewego płatu wątroby, oddziaływanie na naświetlanie przemawia za *lymphosarcoma*.

W dyskusji: kol. Stefan K o n zapytuje, czy było dokonane badanie kału, gdyż nie wykluczony *echinococcus;* należy też przeprowadzić dokładne badanie rentgenowskie.

Kol. B r a m podaje wyniki badania Roentgenem: prawy brzeg wątroby odcina się ostro, lewy natomiast nie ma wyraźnych konturów, szybkie zmniejszanie się guza po naświetlaniach Roentgenem przemawia za związkiem guza z naczyniami chłonnemi.

Kol. D y k i e r o w a zapytuje o lokalizację guza względem jelita grubego, uważa, że wskazana byłaby insuflacja; należy też wykluczyć ropień zimny.

Kol. S z a n i a w s k i wyklucza bąblowca wobec braku eozynofilji.

Kol. F r e n k e n b e r g uważa, że w różniczkowaniu należy też przyjąć pod uwagę białaczkę i *lymphogranuloma*.

Kol. H a l e m a n o w a stanowczo odrzuca ropień zimny, zgadza się natomiast na uzupełnienie badań insuflacją i badaniem kału; nie twierdzi kategorycznie, że jest to *lymphosarcoma*, sądzi jednak, że *lymphogranuloma* jest bardzo wątpliwy wobec braku odczynu dwuazowego i braku generalizacji, oraz wobec dość silnego reagowania guza na naświetlania; przeciwko leukopenji przemawia obraz krwi i brak zmian ze strony śledziony.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 22 kwietnia 1933 r.
Przewodniczy: Wice-prezes kol. B a t a w i a.

1. Kol. S z w e d o w s k i wygłosił odczyt: *„Wysięki opłucne w odmie sztucznej"*.

Wysięki w odmie sztucznej zasługują na uwagę z dwóch względów: 1) przedewszystkiem ze względu na swą częstość: w polskiej statystyce mamy to powikłanie w 47% przypadków, statystyki niemieckie podają 50—67%, francuskie 50—100%, 2) następnie wysięki te mają wybitny wpływ na dalszy przebieg odmy, według jednych autorów dodatni, według innych ujemny. Zwolennicy dodatniego wpływu twierdzą, że płyn lepiej uciska chore płuco, następnie opłucna staje się odporniejszą, a zdolność wchłaniania upośledzoną. Przeciwnicy twierdzą, że 1) proces zapalny opłucnej osłabia cały ustrój, 2) że mamy do czynienia z rozsianiem prątków na dużej przestrzeni, a najważniejsze to, że opłucna raz wprowadzona na drogę wytwarzania płynu, często nie ustaje w tym procesie.

Patogeneza wysięków odmowych sprowadza się do patogenezy wysięków gruźliczych, jakkolwiek różni autorowie różnie tę sprawę ujmują.

Dumarest w zależności od różnego pochodzenia dzieli wysięki na powstałe wskutek: 1) zakażenia ropnego opłucnej, 2) tuberkulinizacji opłucnej, 3) odczynu zapalnego gruźliczo-ropnego, 4) urazu mechanicznego opłucnej. Głównych jednak przyczyn w wytwarzaniu wysięków szukać należy w opłucnej trzewnej, a raczej w zmianach, które powstają pod wpływem ucisku gazu.

Deist przypuszcza, że niewielkie ilości wysięku istnieją w każdym przypadku odmy; opłucna przeponowa odgrywa bardzo ważną rolę w resorbcji gromadzącego się na niej płynu; sczasem i tu warunki wchłaniania ulegają pogorszeniu, a proces zapalny szerzy się powoli z zatoki przeponowej na opłucną ścienną.

Co do częstości występowania wysięków w odmie, to najczęściej występują one w pierwszem półroczu od 58—59%, w drugiem półroczu 30—31%, w drugim roku 9—10%, w trzecim roku 1,8—2%. Dużą rolę w tworzeniu i trwaniu wysięku odgrywa konstytucja (skaza wysiękowa). Więcej wysięków spotykamy w porze chłodnej, niż ciepłej. Liczby moje dotyczące częstości wysięków w leczeniu poradnianem nie są wyższe od liczb podawanych przez autorów z leczenia sanatoryjnego. Nie obserwowałem również specjalnie ujemnego wpływu takich czynników, jak przyjazdy chorych na dopełnienie odmy z prowincji, oraz praca zawodowa. Leczonych odmą miałem 631 osób (225 mężczyzn i 306 kobiet); dopełnień odmy wykonałem 3021, z tego powikłań wysiękiem było około 49%.

Na podstawie obrazów klinicznych wysięków odmowych można ustalić następujący podział:

I wysięk surowiczo-włóknikowy: a) spokojny, b) burzliwy
II wysięk gruźliczo-ropny: a) spokojny, b) burzliwy
III wysięk ropny mięszany.

Objawy ogólne: temperatura 40°, brak łaknienia, poty, temperatura trwa od paru dni niekiedy do kilku miesięcy, często po 2—4 tygodniach spada; dolegliwości w jamie brzusznej o różnem umiejscowieniu, co tłumaczy się zajęciem przeponowej części opłucnej. Groźne objawy dają płyny w odmach obustronnych, jakkolwiek płyn może być tylko po jednej stronie.

Jak we wszystkich zagadnieniach lekarskich, tak i w wysięku w odmie nasuwa się pytanie, jak zapobiegać wysiękom. Poszczególni autorzy przestrzegają: 1) przed wprowadzaniem zimnego powietrza, 2) nie dopełniania pod ciśnieniem dodatniem, 3) Dumarest ostrzega przed dopełnianiem w czasie menstruacji. Najczęściej jednak wpływy zewnętrzne są dla nas nieuchwytne i musimy raczej zgodzić się z tem, co mówi w swej monografji Górecki, że odma sama przez się, stwarzając odmienne warunki krążenia chłonki, jest dostatecznym powodem do wywołania stanu zapalnego opłucnej z mniej lub bardziej obfitem wytwarzaniem płynu. Oczywistem jest przeto, że w dzisiejszym stanie naszej wiedzy i techniki musimy liczyć się z faktem, iż pewien odsetek leczonych odmą ulegnie temu powikłaniu, w mniej lub bardziej ciężkiej postaci, to jednak nie może wstrzymywać nas od szerokiego stosowania tego zabiegu. (Streszczenie własne).

W dyskusji kol. H a l e m a n o w a zapytuje, czem należy tłumaczyć tak wysoki procent wysięków w statystykach francuskich, oraz interesuje się, czy prelegent zakładał odmę u dzieci i jak dzieci znoszą ten zabieg.

Kol. Szaniawski sądzi, że francuskie statystyki są tak wysokie dlatego, że Francuzi natychmiast po nałożeniu odmy dokonują prześwietlań. Dzieci, nawet małe, dobrze znoszą odmę.

Kol. Batawia zapytuje, czy i kto w Polsce stosuje plombowanie płuc.

Prelegent odpowiada, że co do statystyk francuskich zgadza się ze zdaniem kol. Szaniawskiego; co do stosowania odmy u dzieci, miał w swej praktyce tylko 1 przypadek i dlatego trudno mu jest sądzić, jak dzieci znoszą ten zabieg. Plombowanie płuc stosowane jest w Polsce w klinice profesora Rutkowskiego.

Protokół posiedzenia z dnia 20 maja 1933 r.
Przewodniczy: Wice-prezes kol. Batawia.

1. Kol. Batawia wygłosił odczyt o ś. p. Dr. Czajkowskim, byłym Wice-prezesie i Członku honorowym Tow. Lek. Częstochowskiego w związku z 20 rocznicą Jego zgonu.

Niepospolite zdolności i badawczy umysł, szukający nowych dróg w medycynie, zwróciły Jego zainteresowania na bakterjologję, która wówczas zaczęła szybko rozwijać się na Zachodzie. Mimo nawału codziennej żmudnej pracy lekarza prowincjonalnego, mającego rozległą praktykę, znajduje On czas na prowadzenie drobiazgowych i uciążliwych prac nad istotą chorób zakaźnych. Pierwszy w Europie zwraca uwagę na bliski związek mieszkowego zapalenia migdałków z gośćcem stawowym i zapaleniem nerek. Stwarza następnie własną metodę leczenia chorób zakaźnych zapomocą specjalnie przez siebie sporządzanych szczepionek, czy surowic (trudno określić ściśle ich charakter, gdyż skład ich i sposób przyrządzania jest nieznany), w każdym razie były to jakieś przetwory chemiczno-bakteryjne preparowane z bakteryj. Surowicami temi Czajkowski leczył choroby zakaźne i podobno z wynikiem dość dobrym.

Zasługuje na uwagę ten fakt, że Czajkowski był jednym z pierwszych badaczy u nas w Polsce, który wpadł na myśl leczenia swoistego chorób zakaźnych przetworami bakteryjnemi. Jego próby w tym kierunku zbiegają się co do czasu z takiemi samemi próbami badaczy zachodnich: Pasteura, Kocha i innych.

Następnie prelegent omawia poszczególne prace Dr. Czajkowskiego, ogłaszane w Gazecie Lekarskiej w latach 1892—1912:

1) O drobnoustrojach we krwi i wydzielinie śluzowej nosa chorych na odrę (Gaz. Lek. 1892 r.);

2) Zatrucie cynkiem (Gaz. Lek. 1893 r.);

3) O drobnoustrojach we krwi chorych na płonicę (Gaz. Lek. 1895 r.);

4) Zapalenie płuc komórkowe (Gaz. Lek. 1895 r.);

5) Przypadek garbu lędźwiowego, leczony metodą Caleta (Gaz. Lek. 1898 r.);

6) O rozpoznawaniu ogniskowych cierpień mózgu (Gaz. Lek. 1898 r.);

7) Stan obecny i przyszłość seroterapji (Gaz. Lek. 1906 r.);

8) O sztucznem otrzymywaniu antytoksyn (Gaz. Lek. 1906 r.);

9) O leczeniu swoistem reumatyzmu oraz kilka uwag o etjologji tego cierpienia (Gaz. Lek. 1912 r.);

10) W sprawie swoistego leczenia ospy (List otwarty do Medycyny, 1912 r.).

2. Kol. Epsztejn wygłosił odczyt: *„Zapalenie pęcherzyków nasiennych (spermatocystitis, vesiculitis)"*.

Na wstępie prelegent omawia topografję, anatomję i fizjologję pęcherzyków nasiennych. Następnie przechodzi do omówienia patologji pęcherzyków nasiennych, a specjalnie do sprawy zapalenia ich.

Zapalenia p. n. powstają drogą rozszerzania się procesu zapalnego z cewki, pęcherza moczowego, gruczołu krokowego, najądrzy i jąder — z tych narządów przedostają się zarazki przez *ductus ejaculatorius, vasa deferentia,* naczyniami krwionośnemi i limfatycznemi; w rzadkich przypadkach mogą się tam przedostać z poza narządów moczopłciowych (forma przerzutowa przy grypie). Główną rolę w zapaleniach p. n. odgrywają gonokoki, a potem dopiero gronkowce i pałeczki okrężnicy. Oddzielny rozdział zajmuje *spermatocystitis tbc.*

Po omówieniu podziału tych zapaleń na ostre, podostre i przewlekłe, oraz przedstawieniu ich podłoża anatomo-patologicznego, prelegent przechodzi do wyszczególnienia objawów, charakteryzujących zapalenie p. n. Głównym objawem są bóle: a więc a) miejscowe (ukłucie igłą, lub ciążenie w kroczu i kiszce stolcowej); b) bóle do jąder (czasami nawet kolka *„Samenblasenkolik")* — ciągłe lub okresowe; c) bóle *post coitum* i bolesna ejakulacja; d) bóle reumatoidalne o różnorakiej lokalizacji (kark, lędźwie); e) bóle różne: w cewce, członku, pęcherzu i podbrzuszu. Rozmaitość bólów i lokalizację tłumaczymy sobie licznemi połączeniami gałązek nerwowych pochodzących z rozmaitych splotów. Niemniej ważnym objawem zapalenia p. n. są zaburzenia w sferze płciowej — spotykamy się tutaj z *ejaculatio praecox, ejaculatio tarda, impotentia coëundi* spowodu braku erekcji. Wielkie znaczenie dla rozpoznania ma skład cieczy wytryskowej, a głównie cieczy wydobytej masażem z pęcherzyka nasiennego: znajdujemy obecność leukocytów i krwinek czerwonych *(pyospermia, haemospermia)*, czasami mogą wystąpić krwotoki.

Do rozpoznania zapalenia p. n. posiłkujemy się następującemi metodami: badanie *per rectum* (powyżej i w bok od gruczołu krokowego więcej ku tyłowi zgrubienie mniej lub więcej bolesne); wydobycie masażem wydzieliny p. n. po uprzedniem napełnieniu pęcherza płynem, oraz zbadanie tej wydzieliny; badanie instrumentalne: uretroskopja (obejrzenie *colliculus seminalis*, kształt i wydzielina *hiatus ejaculatorii)* rzadziej jest używana cystoskopja; wreszcie badanie rentgenologiczne: wesikulografja (po wprowadzeniu kolargolu 5% uretroskopem zaopatrzonym w cewniki dla *ductus ejaculatorius)*, lub metodą Bellfielda *(vasopunctura ductus deferentis)*.

Leczenie: w ostrych przypadkach łóżko, niedrażniąca dieta, dobre wypróżnienie, ciepłe kompresy, kąpiele, czopki z belladoną + opium + ichtjol; w razie ropnia nacięcie *(per rectum,* z krocza), unikać masażu (obawa septikopyemji lub zakrzepu). W wypadkach przewlekłych: nasiadówki gorące, czopki (jod, ichtjol) masaże, Arzberger, cewnikowanie i przemycie pęch. nas. zapomocą uretroskopu Luys'a, lub drogą wazopunktury (zabieg Luys-Bellfielda). Gdyby przemywanie p. n. nie doprowadziło do wyleczenia, uciec się należy do operacji radykalnej *(vesiculoectomia)*.

W ostatnich czasach mnożą się spostrzeżenia, iż zapalenie p. n. stanowi niejednokrotnie punkt wyjścia dla wielu schorzeń organizmu, nawet jest jakby źródłem zakażenia i intoksykacji dla całego organizmu — czyli należy pęcherzyk nasienny zaliczyć do rzędu t. zw. ognisk zakażeniowych *(focole infection)*, podobnie jak zęby, migdałki etc. Niedawno pracę taką ogłosił autor brazylijski Valverde (Journal d'Urologie, luty 1933 r.), przyczem swoje wywody poparł licznemi przypadkami kazuistycznemi na dużym materjale. Valverde w swej pracy kładzie duży nacisk na zatrucie (toksemję) organizmu, jakie spotyka się u chorych na przewlekłe zapalenie p. n.; toksemję tę powodują produkty toksyczne, wytwarzane przez zarazki ukryte w tem ognisku pęcherzykowem; wywołują one: wielkie zmęczenie, prostrację, niechęć do pracy, utratę pamięci, zaburzenia płciowe (natury psychicznej), ubytek na wadze, brak apetytu, zaburzenia ze strony układu nerwowego, niekiedy psychozy, neurastenję. Chorzy mają czasami dość charakterystyczną cerę twarzy — woskową bladość (zmiany we krwi — anemja). Toksyny wyprodukowane przez zarazki w ognisku (głównie gonokoki, gronkowce, pałeczki okrężnicy i paciorkowce) atakują głównie krew i jej składniki, wpływając głównie na procesy równowagi kwasowo-zasadowej, stąd zaburzenia w metabolizmie, tworzą się liczne niedopałki, trudne do neutralizacji, konieczność neutralizacji z drugiej strony odbywa się znów kosztem innych procesów w organizmie — tworzy się błędne koło — narządy źle funkcjonują, następuje degeneracja tkanek, głównie krwi i narządów — choroba zaistniała, istnieje i pogarsza się. W wielu niejasnych wypadkach, jeśli się pamięta o paleniu p. n., można skutecznie leczyć chorego. (Streszczenie własne).

3. Kol. Łokczewski wygłosił recenzję o książce Axela Munthe: *„Księga z Saint Michele"*.

Protokół posiedzenia z dnia 17 czerwca 1933 r.
Przewodniczy: Wice-prezes kol. Batawia.

1. Kol. Ryder z Sosnowca wygłosił dwa odczyty: 1) *Dr. Puterman, jako lekarz i człowiek; 2) 25 lat działalności Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.*

2. Kol. Epsztejn demonstrował *dwie serje zdjęć rentgenowskich, dokonanych po dożylnem zastrzykiwaniu tenebrylu C.*

Pierwsza serja dotyczy chorego lat 50, u którego zwykłe zdjęcie rentgenowskie przed kilku laty wykazało w prawej miedniczce nerkowej kamień typu „koralowego". Chory nigdy nie miał napadów kolki nerkowej i wogóle żadnych bólów. Chodziło o wyjaśnienie, jak zachowuje się kamień obecnie w stosunku do nerki i jak wpływa na jej czynność. Na podstawie obrazów otrzymanych w 5, 15, 30 i 60 minut po zastrzyknięciu tenebrylu C, kolega E. dochodzi do wniosku, że funkcja obu nerek, a zwlaszcza nerki zawierającej kamień jest dobra i nie zachodzi narazie żadna uzasadniona potrzeba do interwencji chirurgicznej.

Druga serja zdjęć dotyczy chorej lat 40, która w roku ubiegłym przechodziła atak kamicy nerkowej lewostronnej. Na zwykłem zdjęciu widzimy kamień w moczowodzie na wysokości II—III kręgu lędźwiowego; pod koniec roku ubiegłego po silnych

bólach kamień ten przesunął się w moczowodzie do wysokości III—IV kręgu lędźwiowego; do tego dołączyły się objawy azotemiczne (62 mg mocznika we krwi). Próba indygo-karminowa dała po stronie lewej (w stosunku do prawej) opóźnienie o 20 minut. Zdjęcia po zastrzyku tenebrylu C (w kwietniu r. b.) wykazały, iż obraz kontrastowy miedniczki i moczowodu po stronie prawej jest prawidłowy, natomiast po stronie lewej nawet w godzinę po zastrzyku nie widzimy żadnego cienia, ani też wydzielania. Chora była operowana w Warszawie i kamień został usunięty. Urografja dożylna pozwala więc wnioskować o czynności nerki i skoro światło dróg wydalających mocz jest zupełnie zatkane powyżej pęcherza, widzimy, że często (ale nie zawsze) zamiast spodziewanego wodonercza dochodzi do zahamowania czynności samej nerki. (Streszczenie własne).

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

Protokół posiedzenia Sekcyj do zwalczania gruźlicy oraz do spraw lecznictwa i profilaktyki w ubezpieczeniach społecznych Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia w dniu 22 listopada 1933.

Przewodniczy: Dr. Jan Adamski, Dyr. Depart. Sł. Zdrowia.

Protokół prowadzi: H. Rawicz-Szczerbo.

Dokończenie.

Organizacja półsanatorjów — ref. p. Dr. Skokowska-Rudolfowa.

Jako półsanatorjum należy rozumieć instytucję, w której chory na gruźlicę spędza część doby pod opieką lekarską i pielęgniarską w warunkach zdrowotnych, zbliżonych do warunków sanatoryjnych. Instytucja taka jest oczywiście pewnym surogatem instytucji pełnowartościowej — całodziennego sanatorjum, czy prewentorjum. Z drugiej strony jest ona niezbędna w pewnych szczególnych warunkach, a także oddaje ogromne usługi ze względu na swoją taniość.

U nas istnieją półprewentorja dla dzieci w Warszawie przy I miejskiej Stacji Higjeny Zapobiegawczej, t. zw. sanatorjum dzienne, i przy przychodni Wileńskiego T-wa Przeciwgruźliczego w Wilnie t. zw. prewentorjum dzienne. Są pozatem plany utworzenia prewentorjów dziennych dla dzieci w Bielsku na Śląsku i we Lwowie przy Ośrodku Zdrowia — co Ministerstwo jest gotowe subwencjonować.

Istniejące prewentorja dzienne zdały doskonale egzamin, najlepszym dowodem jest ich popularność — o umieszczenie np. dziecka w Amelinie matki się dobijają. Dzieci są przyjmowane w ciągu całego roku, przeciętnie na 3 miesiące; są one zakwalifikowane i badane okresowo przez lekarza i stale kontrolowane przez pielęgniarkę, sprawdzana jest ich waga i ciepłota, w miarę potrzeby otrzymują one środki lecznicze i są naświetlane lampą kwarcową. Przyjmowane są przeważnie dzieci ze środowisk gruźliczych, po przebytych chorobach zakaźnych lub chorobach płuc i oskrzeli. Przeważają dzieci małe w wieku przedszkolnym, w lecie — dzieci w wieku szkolnym. Czas pobytu — od 8 rano do 5 popołudniu, posiłki 4-krotne, leżakowanie, gry.

Urządzenia tego prewentorjum są bardzo proste: składają się one z leżalni na 50 dzieci, sali jadalnej i ostatnio wybudowanej z zapomogi Ministerstwa sali dziennego pobytu w razie niepogody. Na noc dzieci wracają do domu. Do tego czasu przesuwało się przez prewentorjum około 2.000 dzieci; należy zaznaczyć, że prewentorjum to obsługuje rejon przychodni przeciwgruźliczej, t. j. dzielnicę Mokotów. Wyniki bardzo dobre.

Młode prewentorjum w Wilnie, subsydjowane wydatnie przez Ministerstwo Opieki Społecznej, nie może jeszcze przedstawić tak wybitnych wyników, wiadomo jednak, że stało się ono instytucją tak niezbędną, że niepodobna już sobie wyobrazić całości tamtejszej akcji przeciwgruźliczej bez tego sympatycznego ogniwa.

Koszty pobytu dzieci w wysokości 2 zł dziennie pokrywa Kasa Chorych i opieka społeczna miasta.

Półsanatorjów dla dorosłych w Polsce niema, w krajach innych spotyka się dane o półsanatorjach, szczególnie w piśmiennictwie niemieckiem i sowieckiem. W Niemczech t. zw. sanatorja dzienne i nocne były organizowane w okolicach miast. Półsanatorja rozwinęły się silnie w Niemczech pod nazwą *„Walderholungsstätte"*, *„Erholungsstätte"*, *„Walderholungsheilstätte"*, *„Schlaferholungsstätte"*, jako instytucje dla osób dorosłych obu płci i dzieci. Powstały one wyłącznie w okolicach wielkich miast (Berlin, Kassel, Darmstadt, Frankfurt n/M, Hannower, Magdeburg i t. d.), połączonych dogodną komunikacją. Według Blümela *(Handbuch der Tuberkulose-Fürsorge)* było tych „stacyj leśnych" w r. 1905 — 50, w 1910 — 99, w 1915 r. — 139, w 1920 r. — 134, w 1923 — 148. Jako typ budynku dla tego rodzaju instytucji przyjęto barak doeckerowski, położony na terenie o powierzchni 1—2 ha przy 100—150 pacjentach. Niemieccy autorzy podkreślają, że duża rola, jaką „stacje odpoczynkowe" odgrywają, jest zależna od taniości ich organizacji i utrzymania. Koszt urządzenia ponosi zwykle miasto lub organizacja społeczna, koszt utrzymania — instytucje ubezpieczeniowe (Gottstein, Schlossman, Teleky, *Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*).

W Z. S. S. R. według Lewinsohna (W opr. Tbk. 1931) w dziennych i nocnych sanatorjach Moskwy leczono 2415 dzieci w ciągu 3 lat. Podług Ludwinowskiego *(Sostojanje borby z tuberkulozom w R. S. F. S. R.* Nr. 11—12. 1932) w Z. S. S. R. było w 1928 r. 1865 łóżek w 34 nocnych sanatorjach dla dorosłych, w 1932 — 2716 i 1375 łóżek dziennych dla dzieci, w roku 1932 — 1516. W samej Moskwie było 8 sanatorjów nocnych i 2 sanatorja dzienne. Instytucje te autor zalicza do t. zw. pomocniczych. Pacjenci tych półsanatorjów przedstawiają materjał różnorodny; przebywają tam chorzy prątkujący, izolowani od pozostałych, chorzy z lekkiemi zaburzeniami kompensacji z zachowaną zdolnością do pracy; wreszcie chorzy, mający częściowo zniesioną zdolność do pracy — formy „subkompensowane".

Bardziej szczegółowy opis sowieckich półsanatorjów daje Szrejberg *(Problema wozstanowlenja trudosposobnosti tubbolnych leczebno-trudowymi metodami. Borba s tuberkulozom.* Nr. 8, 1933). Autor stwierdza, że pacjenci wychodzą z zakładu leczniczego (t. zw. *stacjonara)* niezdolni do zwykłej pracy; niezbędna jest zatem instytucja dla przeszkolenia tych chorych metodą stopniowego obciążenia pracą. Do tego celu służą 3 drogi: 1) większa mechanizacja zwykłej pracy chorego w celu zaoszczędzenia jego sił, 2) podniesienie kwalifikacyj pacjenta tak, aby punkt ciężkości stanowiła nie praca mięśniowa, lecz umysłowa, wreszcie 3) nauczenie pacjenta pracy zbliżonej do jego zwykłej pracy, lecz łatwiejszej. Instytucja, w której powyższe metody są stosowane, nosi nazwę *„leczebno-trudowoj profilaktorji"*. Instytucja została zainicjowana przez autora w roku 1926, zorganizowana w 1931 r. Chorzy przebywają w zakładzie od 8 rano do 16,30, otrzymują 4 posiłki, na noc powracają do domów. Leżakowanie i zajęcia zmieniają się kolejno, dozowanie pracy jest indywidualne i rozpoczyna się od 1 godziny; pozatem stosowane są indywidualne ćwiczenia, polegające między innemi na nauce prawidłowej pozycji przy pracy. Chorzy otrzymują odpowiednie do rodzaju schorzenia leczenie — zakładanie odmy, wyrwanie nerwu przeponowego, przepalanie zrostów, leczenie tuberkuliną.

Praca w miarę zdrowienia pacjenta bywa przedłużana do 6 godzin, prócz ćwiczeń praktycznych odbywają się wykłady ogólne (także polityczne). Cały pobyt i leczenie jest bezpłatne. Chorzy otrzymują w tym czasie emeryturę lub pomoc inwalidzką w wysokości 50% zarobków zwykłych, a w końcu pobytu zapłatę za rzeczy wykonane. Chorzy przebywają w *„profilaktorji"* partjami do 150 ludzi. Czas pobytu trwa od 6 do 10 miesięcy, rodzaj pracy jest tak dobrany, aby nauka trwała nie dłużej niż okres wymieniony, a więc: na krawiectwo przeznacza się 6 miesięcy, na naukę wyrobu przedmiotów z drzewa — 8 miesięcy, na ślusarstwo — 10 mies.; projektowany jest dział tokarski i mechaniczny.

Na wybór tych, a nie innych zajęć wpłynęły następujące kryterja: praca powinna być nieskomplikowana, wykonywana bez użycia siły fizycznej, bez szkodliwości (gazy, kurz), nadająca się do rzeczywistego wykorzystania w przemyśle, zorganizowana w sposób, przypominający zwykłe warunki i wymagania w pracy. Przed zastosowaniem *„regime"* zakładowego chory jest w ciągu 10 dni na obserwacji. Wpływ pracy w czasie całego pobytu jest badany ze szczególnem uwzględnieniem tego wpływu na oddech z zastosowaniem elektrochronometrażu i pneumografji. Ustalane są również pewne wskazania kliniczne, dające podstawę do zakwalifikowania lub zdyskwalifikowania kandydatów. Więc z zasady przyjmowani są chorzy, których praca jest zbyt wyczerpująca w stosunku do stanu ich narządu oddechowego, chorzy po przebytych operacjach płucnych, u których odma nie dała wyników, z gruźlicą płuc włóknistą i włóknisto-jamistą bez zaburzeń w krążeniu i często powtarzającego się krwioplucia, oraz wszelkie dobrotliwe i wymagające długotrwałego leczenia postacie; nie są przyjmowani chorzy: z gruźlicą jelit, nerek i postępującą gruźlicą krtani, objawami silnej intoksykacji, często powtarzającem się krwiopluciem, z jamami przyściennemi, niedającemi się ucisnąć, dużemi wysiękami, wielkiemi zwłóknieniami, pociągającemi za sobą zaburzenia w krążeniu.

Opierając się na wyżej przytoczonym materjale, można stwierdzić, że półsanatorja (półprewentorja) mają różne przeznaczenie: 1) dla dzieci o charakterze zapobiegawczo-leczniczym, 2) dla dorosłych — leczniczo-izolacyjno-odpoczynkowe dzienne lub nocne, 3) dla dorosłych lecznicze i dla przeszkolenia — dzienne.

Dziecięce dzienne półsanatorja (półprewentorja) były opisane wyżej i wobec nich możliwe jest jedno stanowisko — jaknajszerszego ich popierania. Półsanatorja dla dorosłych mogą być przeznaczone: 1) dla chorych na gruźlicę prątkujących, forma nieczynna, ogólny stan dobry. O rozbudowie zakładów zamkniętych dla tego typu chorych narazie niema mowy. Chory taki przebywa z rodziną w ciągu dnia, wykonywa prace domowe, znajduje się pod stałą opieką przychodni przeciwgruźliczej. Na noc, gdy cała rodzina zbiera się w komplecie w ciasnem mieszkaniu, chory wędruje do półsanatorjum nocnego, gdzie otrzymuje kolację i rano śniadanie. Przypadek drugi tego samego typu: w mieszkaniu istnieje warsztat chałupniczy, czynny w dzień, dzieci niema; chory może nocować w mieszkaniu, na dzień przenosi się do półsanatorjum dziennego; 2) gruźlica czynna z prątkami lub bez, umieszczenie w sanatorjum natrafia na przeszkody lub musi być odłożone, chory przerywa pracę i jest zakwalifikowany do półsanatorjum na okres przedsanatoryjny, lub posanatoryjny, w tym ostatnim przypadku w razie konieczności przedłużenia leczenia po wyjściu z sanatorjum; 3) ze względów społecznych wszelkie typy gruźlicy, które należy bezwzględnie izolować. W naszych warunkach byliby to mieszkańcy osiedli dla bezdomnych. Te ostatnie wskazania w naszych warunkach chciałabym szczególnie podkreślić, wydaje się, że byłoby wskazane przebadanie wszystkich mieszkańców osiedli dla bezdomnych, wyeliminowanie chorych na gruźlicę i objęcie ich opieką półsanatorjów. Półsanatorja winny być zorganizowane w wielkich miastach — Warszawa, Łódź, na ich krańcach, powinny być połączone odpowiednim środkiem komunikacji ze śródmieściem.

Nie wdając się w techniczne szczegóły urządzenia półsanatorjów (półprewentorjów), możnaby w ogólnych zarysach ustalić, że organizacja tego rodzaju zakładów będzie wymagała: 1) pomieszczeń ogrzewanych dla chorych, 2) oddziału gospodarczego, 3) pomieszczeń mieszkalnych dla części personelu (reszta będzie to personel dojeżdżający). W dziale świadczeń: opieki lekarskiej, opieki pielęgniarskiej, organizacji posiłków, organizacji prania i odkażania, ścisłej łączności z przychodniami przeciwgruźliczemi i zakładami leczniczemi zamkniętemi.

Półsanatorja (półprewentorja) należy zaliczyć do instytucyj opieki otwartej nad chorym na gruźlicę i do instytucyj t. zw. pomocniczych.

Sprawa leczenia pacjentów półsanatorjów, stosowanie terapji pracy i t. p., pozostaje otwarta. Wydaje się, że pierwszą próbę zorganizowania półsanatorjów należałoby podjąć na terenie miasta Warszawy i Łodzi dla chorych ubezpieczonych i ich rodzin oraz dla mieszkańców osiedli dla bezdomnych. Nie jest wykluczone, aby z tych instytucyj korzystali również robotnicy w okresie urlopowym, zresztą zdrowi, lecz wyczerpani pracą.

Inż. Heyman przedstawia 2 projekty szkicowe tego rodzaju półsanatorjów, sanatorjów nocnych względnie dziennych, opracowane na zasadzie programu, ustalonego wspólnie z p. Dr. Skokowską-Rudolfową. Przyjęto pojemność sanatorjum na 100 łóżek przy zastosowaniu sal dużych (15 do 20 łóżek) z oddzieleniem jednak sal dla prątkujących. Na chorego przyjęto tylko 4 m^2 sali przy wysokości 3,20 m. Na 3 sale chorych przyjęto jeden pokoik pielęgniarski, jedną izolatkę na całe sanatorjum, 2 pokoje na gabinet, aptekę, kancelarję, dużą jadalnię, żadnych pokojów dziennych; natryski w stosunku 1 : 15, 1 : 20, ustępy 1 : 12, krany 1 : 5; część gospodarczą pomyślano w dobudówce w skromnych rozmiarach, z jednym tylko pokojem mieszkalnym dla personelu, wychodząc z założenia, że sanatorjum jest w zasięgu komunikacji wielkomiejskiej i naogół personel będzie dojeżdżał do pracy (tramwajem), podobnie jak chorzy będą codziennie dojeżdżali dla spędzenia w sanatorjum tylko nocy lub tylko dnia. Leżalnie pomyślane są w oddzielnym budynku opodal sanatorjum.

Jeden projekt ujęty jako budynek piętrowy, zawierający na każdej kondygnacji po jednej sali na 20 łóżek i po 2 po 15 łóżek. Objętość tego budynku wypada około 3.800 m^3, co daje na łóżko 38 m^3. Przy cenie 25 zł za metr sześcienny budowy wyniósłby koszt jednego łóżka 950 zł.

Drugi projekt pomyślany jest jako bydunek tylko parterowy, który możnaby wykonać w 2 serjach (w pierwszej serji 3 sale z umywalniami, natryskami, ustępami i t. d. oraz jadalnia, część administracyjna i gospodarcza, w drugiej zaś serji — dalsze 3 sale z potrzebnemi natryskami, ustępami i t. d.).

W tym projekcie kubatura wynosi tylko około 4.100 m^3.

Dr. Skalski, Naczelnik Wydziału Zdrowia w Urzędzie Wojewódzkim Łódzkim, zaznacza, że m. Łódź nie ma półsanatorjów; obecny kryzys nie pozwala na budowę, ale w zasadzie każde miasto powinno mieć podobnego typu sanatorjum.

Prof. Dr. Janiszewski wypowiada następujące uwagi: „Pracę w obecnej walce z gruźlicą stosuje się jako 1) środek leczniczy, 2) jako przyzwyczajenie chorego do pracy, o ile przez dłuższy czas pobytu w santorjum wyszedł z wprawy, 3) jako doskonalenie się w metodach i technice pracy, 4) jako umożliwienie oddania się pracy zarobkowej chorym gruźliczym nieuleczalnym.

ad 1) Pierwsze zastosowanie pracy wprowadzono w Polsce w sanatorjum barakowem w Prądniku Białym w Krakowie w roku 1917. Sanatorjum to dla inwalidów wojennych istniało jeszcze przez cały rok 1918 i urządzone było na terenie 13 morgowym, co można stwierdzić jeszcze dziś na miejscu, oglądając ogrody warzywne i owocowe. Część ogrodniczą prowadził p. Malawski, bardzo inteligentny człowiek, bardzo przejęty ideą leczniczą. On przedstawiał lekarzowi kierującemu p. Dr. Rozpędzichowskiemu codziennie spis prac w ogrodzie od najlżejszej do najcięższej. Lekarz stosował pracę u pacjentów, którzy już przez czas dłuższy pozostawali w sanatorjum i u których stan zdrowia był dokładnie znany; stosował pracę, poczynając od dawek najmniejszych, przechodząc stopniowo do coraz silniejszych, zupełnie podobnie jak się obecnie stosuje leczenie starą tuberkuliną. Bardzo prędko przeszliśmy od pracy wyłącznie ogrodowej do przemysłu, związanego z ogrodnictwem; na urządzenie warsztatów innych rodzajów przemysłu nie było wtedy pieniędzy. Koszty takiego wprowadzenia pracy, jako czynnika leczniczego, nie były znaczne, czynnik ten stosowano obok innych środków leczniczych w wypadkach, nadających się do tego. Rezultaty były dobre; nie ogłoszono ich spowodu przedwczesnej śmierci Dr. Rozpędzichowskiego, który miał opracować cały zebrany materjał.

ad 2) Zrozumiałą jest rzeczą, że chory robotnik zawodowy, po przebyciu kilku miesięcy w sanatorjum, wychodził z wprawy pracy i przed wypuszczeniem go z sanatorjum musiał być znów stopniowo do tej pracy przyzwyczajany.

ad 3) Doskonalenie się w metodzie i technice pracy zawodowej jest, szczególnie u nas w Polsce, gdzie technika pracy stoi bardzo nisko, ważne dla chorego niezupełnie wyleczonego, wychodzącego z sanatorjum. Robotnik, jeśli chce się utrzymać w walce konkurencyjnej, musi posiadać 100% zdolności do pracy. Otóż niecałkowitą zdolność do pracy robotnik, opuszczający sanatorjum, będzie mógł skompensować lepszą metodą i techniką pracy i w ten sposób utrzymać się w walce konkurencyjnej, utrzymać wysokość swego zarobku i odpowiednio do tego zarobku żyć.

ad 4) Ostatnie zastosowanie pracy spotykamy przeważnie w osiedlach gruźliczych dla chorych nieuleczalnych. Możliwość zastosowania pracy w tych warunkach polega na jej daleko idącem zróżniczkowaniu. Mówca radzi punkty 1), 2) i 3) oddzielić od ostatniego punktu.

Wiadomą jest rzeczą, że ze stanowiska społecznego chorzy nieuleczalni najwięcej kłopotu, kosztów i niebezpieczeństwa przedstawiają dla społeczeństwa. Te wydatki można zmniejszyć, lecz nigdy całkowicie pokryć, przez urządzenie t. zw. osiedli dla gruźliczych. W roku 1919 Ministerstwo Zdrowia starało się zarezerwować z racji wprowadzania reformy rolnej, odpowiednie tereny na urządzenie w przyszłości takich osiedli, bardzo zresztą potrzebnych. Jeżeli jednak Rząd nie zamierza poświęcić na to specjalnych większych funduszów, to wobec braku u nas dostatecznej liczby dobrze urządzonych poradni przeciwgruźliczych, przeciwgruźliczych oddziałów szpitalnych i dostatecznej liczby łóżek sanatoryjnych narazie trzebaby z urządzenia osiedli zrezygnować. Natomiast mówca gorąco poleca stosowanie częstsze i bardziej celowe pracy w naszych istniejących już obecnie sanatorjach i odpowiednich oddziałach szpitalnych. Praca w ten sposób stosowana, jak to powyżej zostało przedstawione, powinna wejść do arsenału innych środków leczniczych, stosowanych przy leczeniu gruźlicy, i do innych środków, przyuczających chorego do należytego dawania sobie rady w życiu bez szkody dla zdrowia, po opuszczeniu sanatorjum lub oddziału szpitalnego.

Co do organizacji t. zw. „półsanatorjów“, mówca zwraca uwagę, że przedstawione tezy właściwie projektują to, co od szeregu lat mówca zaleca, t. j. budowę tanich podmiejskich sanatorjów barakowych, bo różniłyby się te t. zw. „półsanatorja“ od takich sanatorjów jedynie brakiem odpowiednich pracowni, ale brak ten mógłby być zastąpiony przeprowadzeniem odpowiednich badań w pracowniach miejskich.

Mówca podkreśla konieczność bezwzględnego zaniechania budowy tak kosztywnych sanatorjów, jak to się działo dotąd u nas. Jedynie racjonalną drogą postępowania w walce z gruźlicą jest budowa tanich podmiejskich barakowych sanatorjów, podobnych jak zostały w swoim czasie wybudowane w Hołosku pod Lwowem i w Krakowie na Prądniku Białym.

Łóżka sanatoryjne nie powinny u nas kosztować więcej, jak parę tysięcy złotych, cóż dopiero mówić o kosztach łóżek w półsanatorjach.

Uznając rację bytu i potrzebę urządzania u nas t. zw. „półsanatorjów“, po wysłuchaniu referatu technicznego i obejrzeniu przedstawionych prowizorycznych planów, mówca jest zdania, że te półsanatorja powinny być jeszcze znacznie uproszczone, a tem samem koszt ich urządzenia znacznie obniżony. Dlatego też byłby bardziej skłonny do polecania tego systemu, jaki stosuje się w Holandji, którego sam nie widział, ale który mówca zna z opisu i ilustracyj. Polega on na dostarczeniu chorym gruźliczym osobnych sypialni pod postacią odpowiednio zbudowanych dobudówek do domu mieszkalnego. Kto wie, czy ten system w rękach naszych poradni przeciwgruźliczych nie mógłby w wielu wypadkach usunąć niebezpieczeństwa, wynikającego ze wspólnej sypialni chorego gruźliczego ze zdrowymi członkami rodziny, lub ze zdrowymi współlokatorami.

Dr. Szczepański podkreśla, że projektowany teren jest za mały na 80 łóżek.

Dr. Gosiewski zaznacza, że w Zagłębiu Dąbrowskiem jest czyniona próba utworzenia takiego typu sanatorjum dla robotników; sanatorjum tego typu okaże się z pewnością tańsze, niż referent podaje.

Prof. Dr. Orłowski przemawia za proponowanym typem półsanatorjum, gdyż więcej taki typ półsanatorjum pomoże, niż nieliczne luksusowe sanatorja.

Dr. Rudzki przedstawia kwestję półsanatorjów, przeznaczonych specjalnie dla robotników prątkujących, którzy zarażają swe otoczenie. Chodzi więc o to, aby ich odseparować od otoczenia; kwestja ta znajduje poniekąd rozwiązanie w typie sanatorjum, budowanym w Wiedniu, Ameryce i Holandji.

Przewodniczący stwierdził, że projekt budowania półsanatorjów uzyskał poparcie Sekcji.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

III Kurs Teorji i Praktyki z dziedziny Radjologji Lekarskiej, urządzony przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne pod protektoratem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego odbędzie się w terminie od dnia 24 września do 14 października 1934 r.

Wszelkich informacyj tyczących Kursu udziela sekretarz dr. B. Kryński. Warszawa, Zielna 2.

W dniach od 4 do 12 października b. r. odbędzie się w Paryżu, w *Musée Pédagogique de l'État, 29 rue d'Ulm,* V Zjazd dokumentacji fotograficznej i kinematograficznej nauk lekarskich i biologicznych. Na zjazd zgłaszać można filmy fotograficzne i kinematograficzne, przeznaczone do wyświetlenia (do 30. IX.), po wyświetleniu odbędzie się dyskusja nad wszelkiemi zagadnieniami związanemi z techniką wykonania i treścią wyświetlonych zdjęć. Zgłoszenia udziału w zjeździe kierować należy do dr. Claoué, 39 Rue Scheffer, Paris, (16).

W La Bourboule w dniach 9 i 10 czerwca b. r. odbył się Zjazd międzynarodowy poświęcony zagadnieniom stanów limfatycznych *(limfatismus).* Zjazdowi przewodniczył prof. Marfan, wzięło w nim udział 300 lekarzy francuskich i obcokrajowych.

W Arnhem, w Holandji odbył się w pierwszych dniach sierpnia przy wielkim współudziale lekarzy z całego świata Zjazd lekarzy homeopatów.

III Międzynarodowy Zjazd dla zwalczania malarji odbędzie się w Madrycie w roku 1935.

Różne.

W Anglji pojawiło się niedawno w znacznem nasileniu zapalenie gardła, które zwłaszcza w okolicach wiejskich daje obraz prawdziwej epidemji. Po raz pierwszy epidemja ta wystąpiła w czasie turnieju tennisowego w Wimbledonie (pod Londynem), i spowodowała zachorowanie prawie wszystkich graczy. Stąd i nazwa jej: *Wibledon taroat.* Choroba ta ma lekki, 2—5 dniowy przebieg, nie pozostawiając po sobie nawet prawie żadnego osłabienia. Etjologja niejasna, najczęściej stwierdzano w wydzielinie gardła paciorkowce.

Rzymska Rada Centralna dla walki z rakiem ustanowiła 10 nagród po 500 lirów dla tych lekarzy praktyków, którzy w czasie od 1 lipca 1933 do 30 czerwca 1934 zgłosili w odpowiednich ośrodkach największą ilość przypadków nowotworowych w stanie, umożliwiającym jeszcze wyleczenie.

Rzeźbiarz A. Marabelli wykańcza pomnik Kamila Golgieg'o dla uniwersytetu w Padwie.

Szpital w Kantonie obchodzi stulecie swego założenia. Jest to najstarsza placówka medycyny europejskiej w Chinach. Pomiędzy swymi uczniami i hospitantami posiadała ona i dr. Sun-Yat-Sena, twórcy nowoczesnych Chin.

W Kalifornji wystąpiła ostatnio epidemja choroby Heine-Medina w wielkiem nasileniu. Zachorowało w jednym miesiącu 300 osób, z tego 17% dorosłych (powyżej 15 lat).

Jednodniowa zbiórka w całem państwie wielkobrytyjskiem na cele walki z rakiem dała w wyniku 60.000 funtów sterlingów.

W Anglji istnieje 400 małych prywatnych szpitali.

W Holandji spożycie alkoholu wynosi $2^1/_2$ l alkoholu na głowę i rok, we Włoszech $20^1/_2$ l.

Obliczają, iż w Indjach 650.000 ludzi umiera rocznie na gruźlicę, liczbę przypadków tej choroby w Indjach podaje się aż na $6^1/_2$ miljona.

W Sowietach rozpoczęto na wielką skalę akcję zwalczania zimnicy. Samoloty rozpylaja „zieleń paryską“, która niszczy zarodki komarów; pracę tę wykonano na przestrzeni 20.000 ha przestrzeni błotnistych. W tych miejscowościach, w których sposób ten stosowano, w roku ubiegłym chorobliwość znacznie sie zmniejszyła.

W jednej ze stoczni sowieckich znajduje się w budowie ślizgowiec sanitarny obliczony na 16 chorych, zamówiony przez Sow. Czerwony Krzyż.

Czerwony Krzyż i Półksiężyc Z. S. S. R. ofiarował 5.000 dolarów dla Czerwonego Krzyża w Indjach celem okazania pomocy ludności, która ucierpiała podczas ostatniego trzęsienia ziemi.

Spis ludności w Niemczech z 16 czerwca 1933 r. wykazał 31,662.380 mężczyzn i 33,526.246 kobiet, co daje 5,9% przewagi kobiet.

Komunikaty.

Nagroda Humberta I w wysokości 3.500 lirów została przeznaczona za najlepsze dzieło czy też wynalazek na polu ortopedji, dokonany przez lekarza włoskiego lub też obcokrajowca. Zgłoszenia do 31. XII. 1934 przesyłać należy na ręce prezydenta *Instituto Rizzoli* w Bolonji.

Sprostowanie omyłki druku.

W artykule Włodzimierza Mikułowskiego P. G. L. Nr. 35, 1934 r. p. t. *„Przyczynek do zagadnienia konfliktów poszczepiennych u dzieci“* na str. 638, kolumna lewa, wiersz 4 od góry zamiast „ciałko“ ma być „białko“, str. 638, kolumna prawa, wiersz 15 od góry i 11 od dołu zamiast „Mussin“ względnie „Muzio“ ma być „Mussio“.

Redakcja otrzymala:

A. Finkel: Ueber das zytologische Blutbild bei läusefütternden Personen. Odb. z „Wien. Arch. f. in. Med.“. T. 25. 1934.

L. Regmunt-Sobieszczański: Nowa odmiana wzgórka Darwina u ludzi, uzupełniająca klasyfikację Schwalbego. Odb. z „Folia Morphologica“. V. 4. Warszawa. 1934.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.